

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX
FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 121

A PROPOS
DE
QUELQUES OBSERVATIONS
DE
L'ŒDÈME DE QUINCKE

◆ ◆ ◆

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 avril 1930

PAR

Charles-Jean LAFOND-GRELLETY

Né à VILLEFRANCHE-DE-LONCHAPT (Dordogne), le 28 août 1901.

Examineurs de la Thèse	}	MM. MICHELEAU, professeur.....	}	Président.
		AUCHÉ, professeur.....		Juges.
		DAMADE, agrégé.. ..		
		JOULIA, agrégé.. ..		

BORDEAUX
IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS
Y. CADORET
3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

UNIVERSITÉ DE BORDEAUX

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE

1929-1930. — N° 121

A PROPOS

DE

QUELQUES OBSERVATIONS

DE

L'ŒDÈME DE QUINCKE

THÈSE POUR LE DOCTORAT EN MÉDECINE

présentée et soutenue publiquement le Mercredi 30 avril 1930

PAR

Charles-Jean LAFOND-GRELLETY

Né à VILLEFRANCHE-DE-LONCHAPT (Dordogne), le 28 août 1901.

Examineurs de la Thèse	{	MM. MICHELEAU, professeur.....	<i>Président.</i>
		AUCHÉ, professeur.....	{ <i>Juges.</i>
		DAMADE, agrégé.. ..	
		JOULIA, agrégé.. ..	

BORDEAUX

IMPRIMERIE DE L'ACADÉMIE ET DES FACULTÉS

Y. CADORET

3, PLACE SAINT-CHRISTOLY, 3

1930

FACULTÉ DE MÉDECINE ET DE PHARMACIE DE BORDEAUX

M. SIGALAS..... Doyen.

PROFESSEURS HONORAIRES :



MM. LANELONGUE, POUSSEON, MOURE, PRINCETEAU, W. DUBREUILH, RIVIÈRE, BARTHE, LE DANTEC.

PROFESSEURS :

	MM.		MM.
Clinique médicale.....	VERGER	Zoologie et parasitologie.....	MANDOUL.
id.....	CASSAET.	Médecine expérimentale.....	MAURIAC.
Clinique chirurgicale.....	CHAVANNAZ.	Clinique ophtalmologique.....	TEULIÈRES.
id.....	BÉGOUIN.	Clinique chirurg. infantile et orthopédie.....	ROCHER.
Pathologie et thérapeutiques générales.....	CARLES.	Clinique gynécologique.....	GUYOT.
Clinique d'accouchements.....	ANDÉRODIAS.	Clinique méd. des maladies des enfants.....	CRUCHET.
Anatomie pathol. et microscopie clinique.....	SABRAZÈS.	Chimie biologique et médicale.....	DENIGÈS.
Anatomie.....	VILLEMIN.	Physique médicale et pharmaceutique.....	SIGALAS.
Anatomie générale et histologie.....	G. DUBREUIL.	Médec. coloniale et clin. des mal. exotiques.....	BONNIN.
Physiologie.....	PACHON.	Clinique des malad. cutanées et syphilitiques.....	PETGES.
Hygiène.....	AUCHÉ.	Clinique des maladies des voies urinaires.....	DUVERGEY.
Médecine légale et déontologie.....	LANDE.	Clinique des malad. nerveuses et mentales.....	ABADIE.
Electroradiologie et clin. d'électricité médic.....	RÉCHOU.	Clinique d'oto-rhino-laryngologie.....	PORTMANN.
Chimie.....	CHELLE.	Toxicologie et hygiène appliquée.....	LABAT.
Botanique et matière médicale.....	BEILLE.	Hydrologie thérapeutique et climatologie.....	SELLIER.
Pharmacie.....	DUPOUY.		

MM. DELAUNAY (Physiologie), MICHELEAU, LEURET, DUPÉRIÉ (Médecine générale).

AGRÉGÉS EN EXERCICE :

	MM.		MM.
Anatomie.....	DUBECQ.	Chirurgie générale.....	PAPIN.
Histologie.....	LACOSTE.	id.....	JEANNENEY.
Anatomie pathologique.....	MURATET.	id.....	CHARRIER.
Parasitologie et sciences naturelles.....	R. SIGALAS.	id.....	LOUBAT.
Médecine générale.....	CREYX.	Obstétrique.....	PERY.
id.....	N.	id.....	N.
id.....	AUBERTIN.	Ophtalmologie.....	BEAUVIEUX.
id.....	DAMADE.	Dermatologie et syphiligraphie.....	JOULIA.
id.....	PIÉCHAUD.	Pharmacie.....	GOLSE.
Maladies mentales.....	PERRENS.		

COURS COMPLÉMENTAIRES :

	MM.		MM.
Clinique dentaire.....	CAVALIÉ.	Puériculture.....	N.
Médecine opératoire.....	PAPIN.	Démonstrations et préparations pharmac.....	N.
Accouchements.....	PERY.	Pharmacie chimique.....	GOLSE.
Ophtalmologie.....	CABANNES.	Zoologie et parasitologie.....	R. SIGALAS.

Orthopédie chez l'adulte, pour les accidentés du travail, les mutilés de guerre et les infirmes. MM. N.

Cours complémentaire annexe. — Prothèse et rééducation professionnelle..... GOURDON

Par délibération du 5 août 1879, la Faculté a arrêté que les opinions émises dans les Thèses qui lui sont présentées doivent être considérées comme propres à leurs auteurs, et qu'elle entend ne leur donner ni approbation ni improbation.

A LA MEMOIRE DE MES GRANDS-PARENTS

A LA MEMOIRE DE MON PÈRE

A LA MÉMOIRE DE MA SOEUR

A MA MÈRE

Témoignage de profonde affection
et de reconnaissance.

A MON ONCLE ET A MA TANTE

A MES AMIS

A MONSIEUR LE DOCTEUR CHARBONNEL

Chirurgien des hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR BOUSQUET

Médecin des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR LACOUTURE

Chirurgien des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE DOCTEUR J. DENIS

Médecin des Hôpitaux.

A MONSIEUR LE PROFESSEUR BONNIN

*Professeur de Médecine coloniale et de Clinique des maladies exotiques
à la Faculté de Médecine de Bordeaux.*

MONSIEUR LE PROFESSEUR G. PORTMANN

*Professeur de clinique d'oto-rhino-laryngologie à la Faculté de Médecine
et de Pharmacie de Bordeaux,
Médecin Principal de la Marine (C. R.),
Officier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de Saint-Sava (Serbie),
Chevalier de l'ordre de Charles III (Espagne).*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. GUYOT

*Professeur de Clinique gynécologique à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Chirurgien des Hôpitaux,
Membre correspondant de la Société de chirurgie,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Décoré de la Croix de guerre et de l'Ordre de Sainte-Anne de Russie,
Officier de l'Instruction publique.*

A MONSIEUR LE PROFESSEUR J. SABRAZÈS

*Professeur d'Anatomie pathologique et de Microscopie clinique
à la Faculté de Médecine de Bordeaux,
Correspondant national de l'Académie de Médecine et de la Société de biologie,
Médecin-chef du service de l'Hôpital d'isolement,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Officier de l'Instruction publique.*

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR MICHELEAU

*Médecin des Hôpitaux,
Chevalier de la Légion d'honneur,
Croix de guerre,
Officier de l'Instruction publique.*

Que je remercie du grand honneur
qu'il me fait d'accepter la présidence de
cette thèse.

A PROPOS
DE
QUELQUES OBSERVATIONS
DE
L'ŒDÈME DE QUINCKE

HISTORIQUE

Désigné sous de nombreux noms suivant les auteurs qui l'ont étudié, l'œdème aigu localisé, angio-neurotique ou maladie de Quincke, est une affection relativement rare.

Le premier auteur qui ait entrevu cette maladie est Von Stolpertus, en 1778, puis viennent ensuite Von Erichson, en 1801, Huxham. Mais les premières observations assez détaillées remontent à Graves (1848) et ensuite à Levin, Boelt (1871), et Cuntz (1874), Goltz et Landon (1880), Bannister (1880). Citons enfin le *Mémoire de Milton* (1876).

Nous arrivons ainsi au travail de Quincke (1882), qui a eu le mérite de bien individualiser le syndrome auquel s'est attaché son nom. Son élève, Dinkelacker, reprend la même année (1882) l'étude de ce syndrome dans sa dissertation inaugurale, et signale pour la première fois un cas héréditaire.

Depuis ce mémoire fondamental, nombreux ont été les auteurs qui se sont occupés de ce syndrome.

En France citons : la thèse très importante de Le Calvé (1901), les thèses de Saligue (1905), Feuillet (1910), Rolland (1913), Evrain (1925), la *Revue générale* d'Armand et Sarvonnat (1907), les travaux de Castaigne, Rapin (1886-1907), Apert, Courtois-Suffit (1884), Morichau-Beauchant (1906), Garel et Bonnamour, Lereboullet, Govaerts, Laval et Viela, et Le Calvé (*L'Œdème*, 1925).

En langue allemande, nous mentionnerons : Borner, Joseph, Strübing, Cassirer, Neuman.

En langue anglaise, ce sont les travaux de Collins, Jacob, Onuf, Menach, Cameron, Drysdale, Krogh, Barber, Shafflery, Dunlap et Lemon, Crowder et Crowder, et bien d'autres encore.

Ainsi les documents publiés sur cette question sont très nombreux. Cependant les auteurs sont loin d'être d'accord sur les limites à donner à ce syndrome, son étiologie, et sa pathogénie.

Nous allons essayer, à propos de quelques cas inédits, et à l'aide d'une revue générale d'un certain nombre des cas publiés, d'apporter une modeste contribution à l'étude du syndrome de Quincke.

PARTIE CLINIQUE

Résumons en quelques pages l'étude clinique du syndrome de Quincke ainsi que nous la trouvons décrite par les ouvrages classiques.

On entend par syndrome de Quincke ou œdème aigu angio-neurotique un syndrome caractérisé par des poussées d'œdème localisé, blanc, indolore, apparaissant brusquement, disparaissant de même après un laps de temps variant de quelques heures à quelques jours.

Les récidives ne sont pas fatales mais très fréquentes, apparaissant d'une façon périodique ou non : leur ténacité est souvent désespérante. L'état général est ordinairement très peu atteint.

Symptomatologie.

Le plus souvent, le tachyœdème n'est précédé d'aucun prodrome et les crises les plus graves apparaissent souvent sans que rien ne puisse prévenir le patient de leur venue.

Dans quelques cas on signale seulement des troubles digestifs plus ou moins accentués : diarrhée ou constipation prémonitoire, nausées, vomissements, peut-être s'agit-il là de poussées de tachyœdème localisées au tube digestif. Dans d'autres cas ce sont des migraines, des fourmillements, des démangeaisons dans le territoire destiné à être envahi, ou bien de l'hydrorrhée nasale, parfois un érythème généralisé et fugace, ou bien encore quelques troubles de l'idéation, des signes de déséquilibre léger vago-sympathique.

Et la crise d'œdème aigu se déclare.

Nous prendrons comme type de description l'œdème cutané.

L'apparition des éléments œdémateux est rapide : elle se fait parfois en quelques minutes, le plus souvent en quelques heures.

Son maximum d'intensité est atteint au bout de très peu de temps.

L'œdème est localisé. Il peut atteindre toutes les parties du corps, mais il a une prédilection pour celles laissées à découvert : face et mains. Il occupe le visage dans un peu plus de 50 p. 100 des cas.

Les éléments œdémateux ont une dimension variable. Quincke leur décrivait un diamètre de 2 à 10 centimètres. Ce n'est pas toujours exact, car, dans certains cas, on a vu l'œdème envahir tout un segment de membre (main, avant-bras); des plaques isolées peuvent devenir confluentes (Cassirer).

Cet œdème est blanc, élastique, indolore. Le doigt, le plus souvent, ne laisse pas d'empreinte en godet, sauf dans certaines régions où le tissu cellulaire est particulièrement lâche. Le Calvé compare cette consistance à celle d'un muscle en état de contraction. Il faut signaler la dureté particulière des œdèmes du cuir chevelu. La peau garde généralement sa coloration habituelle; plus pâle parfois, légèrement brillante, elle va jusqu'à la teinte cireuse; rarement la peau est rosée et l'on peut noter quelques extravasations sanguines au niveau de la zone œdématiée.

Cet œdème est indolore, en règle générale. Aucune sensation subjective ne l'accompagne, tout au plus note-t-on une sensation de tension, de raideur, d'engourdissement ou de légère cuisson : la partie œdématiée peut sembler morte, en bois (wooden feeling). Les douleurs véritables sont assez rares.

Les troubles sécrétoires ont été rarement signalés au niveau des placards. La température de la peau est normale ou légèrement abaissée.

L'aspect qui résulte de cette attaque d'œdèmes est variable suivant leur importance. Petits, ils se remarquent à peine et

doivent même être cherchés; dans d'autres cas, ils entraînent de grosses déformations, variables avec leurs sièges.

Les symptômes généraux au cours de la crise sont généralement négligeables. Le Calvé prétend cependant que leur recherche systématique permet de déceler une atteinte de l'état général assez fréquente, se traduisant par une fièvre modérée, aux environ de 38 degrés, apparaissant avec l'œdème, disparaissant avec lui. On note aussi parfois des troubles gastro-intestinaux, quelques symptômes nerveux (surtout céphalée ou obnubilation légère), des troubles urinaires : oligurie allant quelquefois jusqu'à l'anurie passagère avec modification légère de l'excrétion urinaire selon Le Calvé.

Il peut y avoir association, mais cela est très rare, avec des crises d'hémoglobinurie paroxystique. On a noté aussi quelques troubles fonctionnels au niveau de l'appareil circulatoire.

Cette crise va évoluer. Une évolution typique est celle de la malade de Eugène de La Harpe rapportée dans l'observation ci-après :

OBSERVATION.

(Eugène DE LA HARPE, *Revue de la Suisse romande*, 1917, p. 151.)

Œdème aigu circonscrit.

Femme de 48 ans, bonne santé sans être robuste.

20 octobre 1916 : Elle se sent très bien en se levant.

9 h. 30 : La lèvre supérieure est enflée; l'enflure augmente rapidement.

10 heures : La lèvre supérieure enfle extérieurement dans sa moitié droite seulement. En faisant ouvrir la bouche, on voit une plaque d'œdème s'étendant de la commissure droite des lèvres jusqu'en face des grosses molaires supérieures (4 cm. de long sur 3 de large). Cet œdème est dur, à bords nettement délimités, d'une couleur jaunâtre comme du vieux lard. La saillie sur la muqueuse environnante peut atteindre 1 centimètre environ. Cette dernière,

sans être œdématiée, est pourtant le siège d'une certaine enflure, car on remarque à sa surface l'impression des dents. Douleurs nulles, sensation de tension désagréable.

11 heures : L'œdème s'étend à la face interne de la lèvre supérieure et diminue en même temps rapidement à la place ci-dessus mentionnée.

2 heures : La muqueuse de la lèvre inférieure se prend à son tour plus encore que la supérieure. Elle se transforme en un bloc jaunâtre. Les lèvres proprement dites figurent maintenant deux bourrelets de 1 centimètre à 1 cm. 5 d'épaisseur, traversés par quelques sillons profonds qui les divisent en sections transversales. Entre eux, la bouche, tendue à l'excès, ne peut s'ouvrir qu'à grand-peine : la malade ne peut plus parler.

Elle avale sans cesse sa salive, mais l'examen du pharynx montre que l'œdème n'avance pas de ce côté. Les joues enflent jusqu'au devant des oreilles.

Etat général. — Grande anxiété, causée par le souvenir d'accidents semblables traversés déjà une fois, au cours desquels le médecin traitant a fait entrevoir à la malade des possibilités très inquiétantes. Tremblement nerveux. Face pâle. Pouls très petit, rapide. Cœur normal. Refroidissement général, frissons, malaises, mais pas d'élévation de température. Urine rare sans albumine.

21 octobre au matin : Les lèvres vont mieux, on constate depuis cette nuit, à la cuisse gauche face interne, un placard un peu élevé semblable à une efflorescence d'urticaire, rougeâtre, non prurigineux, figurant une surface en demi-cercle d'environ 5 centimètres de diamètre. Au creux poplité droit, une plaque de la dimension d'une pièce de 2 francs est le siège d'un très léger œdème avec faible démangeaison.

21 octobre au soir : L'œdème des lèvres a notablement diminué; les joues restent enflées, surtout la droite, et donnent à la face l'aspect des oreillons.

22 octobre : Depuis hier, la fesse gauche a enflé dans sa totalité, tandis que le placard de la cuisse disparaissait. La bouche est revenue presque à son état normal, sauf un peu de raideur en parlant.

La muqueuse de la face interne des joues desquame par grands lambeaux.

Dans les deux jours qui suivent, les œdèmes disparaissent, et il n'y a plus qu'à noter un peu de nervosité et un léger degré d'embarras gastrique.

Anamnèse. — Mariée depuis vingt-quatre ans, sans enfants, en ménopause. Tempérament arthritique et nerveux. Toujours en bonne santé, sauf une attaque légère d'asthme il y a vingt et un ans.

Jamais d'urticaire.

Il y a trois ans, elle a souffert d'accidents semblables à ceux que je viens de décrire, mais plus graves.

Dyspnée avec, un moment, crainte de nécessité de trachéotomie.

Nous ferons remarquer ici la coexistence, avec le syndrome de Quinke, de troubles vago-sympathiques marqués et de dysendocrinie de la ménopause.

On peut décrire des formes cliniques suivant la localisation de l'œdème. Rappelons ici que l'œdème envahit aussi bien les muqueuses que la peau.

Tout d'abord ce seront les formes localisées.

Lorsque les localisations seront très petites, l'œdème très circonscrit, ses relations avec la maladie de Quinke peuvent n'être pas très évidentes. Il est probable que l'on doive interpréter ainsi et rattacher à la maladie de Quinke les pseudo-lipomes passagers, décrits autrefois par Verneuil et Potain, et les nodosités éphémères sous-cutanées de Féréol.

La localisation au niveau des muqueuses est relativement fréquente. Celle qui a lieu au niveau des muqueuses du tube digestif est la plus commune. Pour beaucoup d'auteurs, d'ailleurs, les troubles gastro-intestinaux accompagnant les crises d'œdème de Quinke seraient dus à une localisation plus ou moins discrète de ce même processus au niveau de la muqueuse du tube digestif.

Ces troubles se traduisent par des vomissements, de l'anorexie, des douleurs, de la soif violente : dans les cas graves, ils peuvent simuler des crises gastriques, du tabes, et leur diagnostic peut devenir difficile.

Cette question des formes intestinales pures de maladie de Quincke s'est surtout posée, sans être complètement résolue d'ailleurs, à propos de certains vomissements périodiques.

Les muqueuses de l'appareil respiratoire peuvent être atteintes, de même que la muqueuse nasale; pour certains auteurs, l'hydropnée observée comme prodrome dans certains cas serait due à une localisation nasale de l'œdème.

Nous nous réservons de revenir sur l'œdème du larynx, qui mérite de retenir notre attention.

Les localisations trachéales et pulmonaires ne sont prouvées par aucune observation bien nette. En faveur de la possibilité des localisations trachéale et bronchique retenons l'échec signalé quelquefois de la trachéotomie au cours de crises de dyspnée dues à l'œdème de Quincke.

Du côté des articulations, Schlesinger a décrit des poussées fluxionnaires récidivantes des gaines tendineuses et des articulations, qui semblent bien, dans certains cas, devoir être rapprochées du syndromè de Quincke.

La participation des centres nerveux au processus fluxionnaire peut être admise dans certains cas : soit par œdème cérébral, soit par méningite séreuse passagère.

A côté des formes pures que nous venons de signaler, il existe des formes où le syndrome œdémateux est associé soit avec d'autres ectosymphathoses, soit avec des affections de nature anaphylactique, soit avec des troubles des glandes endocrines.

L'association avec l'urticaire est assez souvent signalée, et il existe des formes de passage entre ces deux syndromes.

L'association avec des œdèmes chroniques a été signalée, et l'on a vu (Obs. de Sabrazès) s'établir une sclérodermie et coexister (Noïla et Parvulesco) des crises d'œdème aigu avec un œdème chronique chez le même sujet.

Le diagnostic de l'œdème de Quincke dans les cas types est relativement facile à faire. Le clinicien devra discuter la possibilité d'un érysipèle, surtout certaines formes bénignes de l'érysipèle récidivant. L'urticaire géante se distinguera par

son prurit. Le Calvé prétend que l'on devra distinguer aussi les œdèmes arthritiques et l'œdème péliosique : mais nous nous rangerons à l'avis de la majorité des auteurs et ferons rentrer ces œdèmes dans le cadre général du syndrome de Quincke.

Le pronostic de cette affection se base sur l'évolution, évolution qui, d'après nous, est variable suivant qu'il s'agit de ce que nous appellerons le syndrome de Quincke héréditaire (ou maladie de Quincke proprement dite), ou d'un syndrome de Quincke non héréditaire.

En effet, de l'étude des observations que nous avons pu rassembler nous avons déduit au point de vue de l'évolution :

1° Chez les sujets atteints d'œdèmes aigus localisés à caractère héréditaire, les récidives sont fatales, les localisations pharyngo-laryngées sont très fréquentes et entraînent la mort dans un grand nombre de cas. Le pronostic est donc grave;

2° Chez les malades atteints d'un syndrome de Quincke non héréditaire, les récidives ne sont pas fatales, les localisations laryngées sont beaucoup moins fréquentes, rares même, et un pronostic beaucoup plus bénin sera porté.

Ainsi donc la seule forme grave de l'œdème de Quincke est la forme laryngo-trachéale.

Comment se présente-t-elle à l'observateur ?

Rien ne peut faire prévoir son apparition, et c'est brusquement que le malade ressent une striction de la gorge avec sensation d'étouffement; suivant l'intensité de la crise il y a un tirage plus ou moins marqué.

Dans les cas les plus sérieux, l'asphyxie s'établit en quelques minutes, et le patient meurt avant que l'on ait pu lui porter secours.

Dans les formes de moyenne intensité, l'établissement de la dyspnée est moins rapide et, avant que l'asphyxie ne soit complète, on a le temps d'intervenir par une trachéotomie.

Dans les formes bénignes, enfin, il y a simplement une dyspnée plus ou moins marquée et fugace.

Tel est classiquement le tableau du syndrome de Quincke.

ANATOMIE PATHOLOGIQUE

Les cas d'œdème de Quincke ayant entraîné la mort et suivis d'autopsie avec examen des pièces sont rares. Nous en trouvons un très détaillé dans la thèse de Le Calvé. Les lésions constatées par cet auteur sont des lésions d'infiltration des tissus, sans caractéristiques bien nettes. Nous y renvoyons le lecteur.

La topographie de l'œdème n'offre de l'intérêt que dans le cas d'œdème du larynx. On s'est rendu compte, dans les cas où l'examen laryngoscopique a été fait ou dans les cas autopsiés, qu'elle était commandée par la disposition des espaces décollables du larynx (Garel et Bonnamour). Pour d'autres auteurs (Laval et Viela), il y aurait généralisation de l'œdème à tout l'arbre respiratoire.

Il n'y a que très rarement des suffusions hémorragiques.

Cette étude macroscopique et microscopique des pièces *post mortem* ne présente pas un gros intérêt. Beaucoup plus importantes sont les études du liquide d'œdème qui infiltre les tissus.

Les premières études ont été faites par Krogh. Celles sur lesquelles nous nous baserons, que nous rapporterons ici, sont celles de Govaerts.

Cet auteur a examiné, dans un cas particulièrement favorable, la composition du liquide d'œdème collecté dans une bulle et a pratiqué ces dosages par le Kjeldahl et par la méthode de Howes; il a trouvé les résultats suivants :

Le liquide de la bulle d'œdème comprenait (résultat en grammes par litre) :

Protéines totales, 34 g. 15;
Albumines, 21 g. 35;
Globulines, 9 g. 80;
Fibrinogène, traces;
Azote non protéique, 0 g. 28.

L'examen du sang donne :

Protéines totales, 69 g. 30;
Albumines, 52 g. 10;
Globulines, 17 g. 20;
Azote non protéique, 0 g. 21.

Pression osmotique des protéines, 40 cm. d'eau.

Les faits relevés dans le cas étudié concernant la composition de ce liquide d'œdème permettent de déduire :

1° La composition de ce liquide ne peut s'expliquer autrement que par la perméabilité anormale des capillaires aux protéines;

2° Cette perméabilité serait due à une modification locale de l'endothélium;

3° Le liquide de ce cas d'œdème se rapproche par sa composition du liquide de l'œdème inflammatoire et des œdèmes toxiques, d'où raison de grouper ces œdèmes dans une même classe. L'infiltration de l'urticaire aurait la même composition.

Nous aurons à discuter ces données et leur importance au moment où nous étudierons l'étiologie et la pathogénie du syndrome de Quincke.

Signalons encore les résultats de l'autopsie suivie d'un examen anatomo-pathologique très détaillé de Vigouroux et Prince (1911).

Dans ce cas, on releva une altération à caractère pas très bien tranché de la thyroïde et des lésions de sclérose des ganglions sympathiques du cou; le malade était mort au cours d'une crise d'œdème aigu du larynx. Les auteurs voient dans ces lésions une preuve en faveur de la maladie de Quincke : neuro-sympathose.

OBSERVATIONS

Parmi les travaux que nous avons pu consulter, nous avons relevé 129 observations, qui, jointes aux 9 cas inédits que nous rapportons, font un total de 138 documents susceptibles de servir à l'étude du syndrome de Quincke.

Nous allons classer ces observations d'une façon un peu particulière que nous justifierons postérieurement.

1° Observations où l'on voit se produire une fois et une seule un syndrome d'infiltration œdémateuse localisée, sans phénomènes généraux, infectieux ou locaux, pouvant expliquer la présence de cet œdème.

2° Observations où l'on voit se produire de plus ou moins nombreuses attaques d'œdème aigu localisé. Dans ces observations, on n'aura pas pu relever, ou les auteurs auront négligé de relever la présence d'attaques semblables chez les membres de la famille de l'individu atteint;

3° Ce que nous appelons les observations d'œdème de Quincke héréditaire.

Cette classification, que nous n'avons trouvée chez aucun des auteurs traitant de la question, nous paraît d'un certain intérêt. C'est celle adoptée en partie par Cassierer.

Nous voyons le pronostic augmenter de gravité de la classe 1 à la classe 3 de notre classification.

D'un autre côté, nous croyons devoir séparer la classe 1 des classes 2 et 3 au point de vue de l'étiologie et de la pathogénie. A la classe 1, nous attribuerons le nom de syndrome d'œdèmes aigus, localisés, transitoires, n'en faisant qu'un

groupe sans unité, réunissant des faits un peu disparates, admettant une étiologie et une pathogénie tout à fait variables.

Quant aux classes 2 et 3, surtout à cette dernière, nous réserverons le nom de maladie plutôt que de syndrome. Nous croyons surtout que la forme héréditaire constitue une maladie véritable, distincte. C'est elle que nous appellerons maladie de Quincke.

Les faits de la classe 2 que nous en rapprochons ne nous paraissent pas cependant pouvoir être confondus avec ceux de la classe 3. Il y a encore beaucoup de différences entre eux; c'est pourquoi nous en ferons un sous-groupe, et nous hésitons à leur appliquer le mot de maladie à la place de celui de syndrome. Personnellement, nous pensons que lorsque l'attention des auteurs aura été depuis plus longtemps attirée sur ces faits, on verra ce groupe se scinder en plusieurs classes. Dans l'une, les faits rejoindront les cas héréditaires déjà rapportés et seront à proprement parler des observations de maladie de Quincke; dans les autres ce seront des syndromes à étiologie et pathogénie variables. Nous verrons au moment de l'étiologie et de la pathogénie comment expliquer à notre point de vue les divergences des auteurs.

OBSERVATION I (Inédite).

(Malade obligeamment adressé par le Docteur R. DAVID-CHAUSSÉ.)

C... (Eloi), 45 ans, débitant, à Bordeaux.

Ancien colonial ayant habité le Maroc pendant quinze ans, est un homme gros et fort, légèrement obèse, offrant le visage congestionné des surnourris et des pléthoriques.

Il a eu au mois d'août 1929 un œdème survenu, sans causes apparentes, fugace, et intéressant les organes génitaux.

L'apparition de cet œdème a été subite : elle a eu lieu une après-midi alors que le sujet se tenait debout derrière son comptoir et était occupé à servir des clients.

Il éprouva une sensation de tension, de chaleur et de « volumino-

sité » dans les bourses et le pénis. A l'examen de ses organes génitaux, atteints de ces troubles singuliers, il fut tout étonné de constater le volume extraordinaire de la verge, considérablement œdématiée, déformée en battant de cloche; les bourses étaient enflées aussi d'une façon homogène.

Une fois l'œdème installé, les organes génitaux ne furent plus le siège de sensation anormale. Pas le moindre prurit : la peau avait conservé sa couleur ordinaire.

Le sujet qui n'éprouvait et n'avait pas éprouvé par ailleurs le plus petit malaise, ne se sentant pas malade, continuait à s'occuper dans sa boutique. Il était toutefois inquiet et alla consulter le Docteur David-Chaussé. Celui-ci diagnostiqua un œdème de Quincke localisé aux organes génitaux. Il rassura le malade et lui prescrivit le traitement suivant : cachets de peptone, adrénaline (30 gouttes par jour de la solution au millième) et du chlorure de calcium.

Les manifestations œdémateuses persistèrent pendant quatre jours sans changement, l'œdème n'augmentait ni ne diminuait. Le malade continua à travailler n'étant pas suffisamment gêné dans ses mouvements par l'enflure pour garder le lit. Le quatrième jour, les œdèmes disparurent subitement aussi vite qu'ils étaient venus.

Il n'y eut pas d'autres localisations et depuis le mois d'août 1929, c'est-à-dire il est vrai depuis six mois à peine, on n'a pas constaté de récidence.

Dans les antécédents personnels du malade on relève l'alcoolisme probable, une dysenterie amibienne dont le malade souffre encore, dit-il, par intermittence, et une infection survenue au cours de son séjour au Maroc et qualifiée de peste (on lui aurait fait à cette époque des injections de sérum de Yersin).

Dans les antécédents héréditaires et collatéraux il n'y a absolument rien à signaler.

En résumé, nous sommes en présence d'un malade ayant présenté un œdème que l'on ne peut expliquer ni par une cause locale ni par une cause générale bien déterminée : les deux principaux caractères de cet œdème : sa fugacité, la soudaineté de son apparition et de sa disparition, permettent de le rattacher avec vraisemblance au syn-

drome de Quinke, sans qu'on puisse confirmer le diagnostic ni par le caractère erratique de l'œdème, puisque le malade a eu une localisation unique, ni par son caractère récidivant.

OBSERVATION II (Inédite).

(Communiquée obligeamment par le Docteur PUECH.)

L... (G.), âgé de 27 ans, habitant Bordeaux.

A présenté au mois de décembre 1927 un œdème brusque et fugace de la région temporo-maxillaire droite. Il s'agissait d'un œdème blanc, indolore, apyrétique, non prurigineux, de consistance élastique. Il persista, sans changement, pendant quarante-huit heures, puis il disparut aussi vite qu'il était venu. Il ne fut accompagné d'aucun malaise général, pas de fièvre. Cet accident surprit le malade en pleine santé, il avait fait la veille et quelques jours avant des excès alimentaires répétés. Le surlendemain de la disparition de l'œdème apparurent sur les bras et avant-bras des placards d'urticaire accompagnés de leurs démangeaisons classiques.

Il n'y eut pas de récurrence.

Dans les antécédents personnels du malade on note des migraines fréquentes, des troubles digestifs et des vomissements fréquents, de la lassitude postprandiale. L... est d'ailleurs un gros mangeur et un nerveux.

Dans les antécédents héréditaires on trouve : un père mort d'angine de poitrine, une mère migraineuse et un grand-père eczémateux.

Dans les antécédents collatéraux, un frère migraineux.

Personne parmi les autres membres proches ou éloignés de la famille du malade n'a présenté de semblables accidents œdémateux.

Le traitement prescrit consista en petites purges répétées au sulfate de soude et en ingestion de comprimés de panbiline.

OBSERVATION III (Inédite).

(Communiquée obligeamment par le Docteur PUECH.)

C... (Yvonne), âgée de 28 ans, habitant à Bordeaux; au mois de janvier 1930, on constata chez elle, un soir, un certain gonflement anormal intéressant le côté droit de la face, surtout au niveau de la lèvre supérieure et de la lèvre inférieure. La malade ne s'en inquiéta pas outre mesure, mais le lendemain matin, au réveil, elle constata une enflure considérable qui la défigurait et qui occupait la moitié droite des deux lèvres supérieure et inférieure. Cet œdème était mou, indolore et n'était le siège d'aucun prurit ou de sensation anormale. Durée une nuit et deux jours.

Il n'y eut pas d'autres localisations. Depuis trois mois on n'a pas constaté de récidence.

Yvonne C..., mariée et mère de famille, est une constipée chronique. Elle était, dans les jours qui ont précédé l'accident œdémateux, restée huit jours sans aller à selle. Elle est sujette à des migraines légères une fois par mois environ.

Dans les antécédents héréditaires, il faut noter : une mère migraineuse ayant présenté toute une série de signes d'insuffisance hépatique, un père mort d'une maladie de cœur.

L'enfant, âgé de 3 ans, son fils, est atteint de vomissements périodiques survenant tous les mois.

OBSERVATION III bis (Inédite).

(Malade obligeamment adressée par le Docteur PUECH.)

S... (G.) fut atteint à l'âge de 2 ans brusquement, un soir, d'un gonflement indolore et blanc de la région temporale. Cet œdème était bilatéral, de sorte que la tête de l'enfant était, selon l'expression même de son père, « devenue carrée ». Cet accident survenu subitement et en pleine santé alarma beaucoup l'entourage, qui envoya chercher immédiatement un médecin. Le Docteur Puech, appelé, diagnostiqua un œdème de Quincke probable. L'œdème, en effet, qui avait

débuté le soir vers 4 ou 5 heures, persista toute la nuit et disparut le lendemain avec la même rapidité.

Il n'y eut pas d'autres localisations. Il n'y eut pas de récides.

L'incident avait évolué sans fièvre ni malaise.

L'enfant avait eu antérieurement du strophulus et six mois avant une colibacillose grave.

Dans les antécédents héréditaires, on trouve un père migraineux, gros mangeur et grand buveur, ayant à l'heure actuelle des tendances manifestes à l'obésité; un oncle est un obèse imposant (149 kilos); une mère morte d'anémie perniciose gravidique.

OBSERVATION IV.

(EVRAIN, thèse Paris, 1925.)

Syndrome de Quincke chez le nourrisson.

M... (Jeanne), née le 17 mars 1921, quinze jours avant terme, d'une grossesse gémellaire univitelline.

Rien de précis dans les antécédents héréditaires.

Vue la première fois le 31 mai 1922 à 14 mois. Poids, 6 kg. 950. Signes nets d'hérédo-syphilis. Etat de nutrition médiocre, troubles du squelette marqués (crâne natiforme avec front olympien, gros bourrelets sus-malléolaires avec grosse incurvation tibiale, chapelet costal accentué, fontanelle antérieure non fermée), strabisme convergent, pas de convulsions, splénomégalie, tremblement de la tête, oscillation sans nystagmus, retard psychique : l'enfant ne sait pousser qu'un cri monotone. Dyspepsie du lait de vache (l'enfant a été sevrée à 9 mois, mais allaitement correct), néanmoins selles mastac avec parfois des filets de sang.

B.-W. négatif dans le sang et le liquide céphalo-rachidien.

Pas de modifications cellulaires du L. C.-R.

Frictions à l'onguent napolitain.

Revue le 14 juin avec des poussées d'urticaire aux membres inférieurs.

Le 6 septembre, après 3 séries de frictions, on constate une légère

amélioration. L'enfant se tient assise, manifeste un léger réveil psychique, mais ne parle pas encore. La rate reste grosse.

Le 23 octobre, légère exagération des réflexes.

Le 27 décembre, à 21 mois, syndrome de Quincke siégeant au dos des mains et à la paupière gauche. Il dure quelques heures sans démangeaison.

L'enfant est revue le 14 mars 1924 et est suivie jusqu'au 5 novembre 1924 sans qu'il y ait récédive de l'œdème.

Mais dans l'intervalle, en même temps que des troubles digestifs légers, il y a des accès de pâleur de la face avec cyanose des lèvres et des crises de salivation.

OBSERVATION V (Résumée).

(ATTIMONT, *in* thèse LE CALVÉ.)

Q..., 25 ans, boulanger; sans antécédents personnels ni familiaux intéressants. Un peu d'émotivité.

Accident 23 mars 1901. Œdème de la langue s'étendant progressivement aux premières voies aériennes avec grande gêne respiratoire.

Le 24, mieux sensible.

Le 25, tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION VI (Résumée).

(ENOCH, 1885, *in* thèse SALIGUE.)

Enfant de 9 ans présentant œdème du visage, du scrotum et du prépuce: durée trois jours; causes absolument inconnues.

OBSERVATION VII (Résumée).

(THOMAS ASHTON, 1893, *in* thèse SALIGUE.)

E... (W.), 14 ans, écolier, paralysie infantile à 2 ans du côté gauche, fit, vingt-quatre heures après une faible contusion de l'œil droit, un œdème des tissus environnants durant cinq jours.

Le soir du cinquième jour, poussée du côté opposé de la face durant deux jours.

OBSERVATION VIII (Résumée).

(E. WILLS et DUDLEY COOPER, 1893, *in* thèse SALIGUE.)

Garçon de 22 ans atteint de paraplégie fonctionnelle. Œdème circonscrit autour de l'œil droit pendant vingt-quatre heures, suivi de tuméfaction au cou et au poignet sans douleurs ni troubles fonctionnels.

OBSERVATION IX (Résumée).

(E. WILLS et DUDLEY COOPER, 1893, *in* thèse SALIGUE.)

Fille de 14 ans, nerveuse, œdème brusque coude droit, durée deux jours, suivi œdème main. Disparition des accidents en huit jours.

OBSERVATION X (Résumée).

(BADUEL, 1904, *in* thèse SALIGUE.)

Œdème localisé aux paupières, mains et pieds, chez un bambin de 3 ans, au cours d'un trouble gastro-intestinal marqué. Durée deux jours, réapparition deux jours après.

OBSERVATION XI (Résumée).

(SABRAZÈS et SALIGUE, *in* thèse SALIGUE.)

R... (O.), 34 ans, présente œdème segmentaire de la main gauche, indolore, avec sensation de cuisson, ayant mis une demi-heure pour atteindre son maximum.

Dans les antécédents proches, a mangé quelques palourdes.

Malade très nerveuse, mauvais état gastro-intestinal, pas d'antécédents héréditaires. L'œdème disparaît au bout de deux jours. Revue trois mois après, elle n'a pas présenté de rechute.

OBSERVATION XII (Résumée).

(E. WILLS et DUDLEY COOPER, 1893, *in* thèse SALIGUE.)

Femme 47 ans, aliénée. Gonflement œdémateux du front et des tempes, sans fièvre, avec un érythème de la poitrine et de l'abdomen. Durée cinq jours.

OBSERVATION XIII (Résumée).

(ETIENNE, *Gazette hebdomadaire de Paris*, 1894, in thèse SALIGUE.)

X..., étudiant, antécédents personnels héréditaires : arthritisme.

Sous l'action du froid humide, voit apparaître sur les parties exposées à l'air des papules d'urticaire.

En janvier 1891 s'aperçoit, par hasard, d'un œdème considérable du prépuce avec sensation légère de pesanteur. Cet œdème, qui a paru sans cause locale ni générale appréciable, disparaît en vingt-quatre heures.

OBSERVATION XIV (Résumée).

(BOSC, in thèse FEUILLET.)

OEdème aigu du pharynx. — Trachéotomie.

B... (B.), 65 ans, éthylique avéré, se réveille le 27 avril 1906 avec voix enrouée, toux rauque et un peu de dyspnée.

A 1 heure de l'après-midi, dyspnée très violente avec tirage très pénible et asphyxie imminente. Trachéotomie d'urgence, amenant un soulagement immédiat.

Guérison complète en quinze jours. Le malade fut décanulé très rapidement.

OBSERVATION XV (Résumée).

(DÉNÉCHAUX, *Archives médicales d'Angers*, 1925.)

OEdème aigu localisé.

R... (Ch.), âgé de 23 ans, ayant eu une pleurésie en janvier 1924, m'est amené, le 16 septembre 1924, pour un œdème à apparition brusque siégeant à la main droite, main et poignet gauches, genou gauche et pied droit. Une plaque sur l'abdomen.

L'œdème est ferme, élastique, sans prurit.

Çà et là quelques taches rosées lenticulaires dispersées sur le corps.

Le 18 septembre, œdème de la paupière droite.

Le 20 septembre, tout est rentré dans l'ordre.

OBSERVATION XVI (Résumée).

(EZICKSON, *American Journal Medical Association*, 1926.)

Homme de 34 ans, marié. Enfant, vit se développer brusquement un œdème des bourses avec sensation de brûlure. L'examen des divers appareils est négatif. Les urines sont normales. Cet homme a présenté une attaque localisée à la bouche et au pharynx trois mois auparavant.

Une injection d'adrénaline amène la disparition rapide de l'œdème. C'est le deuxième cas, dit l'auteur, qu'il voit réagissant ainsi à l'adrénaline.

OBSERVATION XVII (Inédite).

Mme G., 55 ans, a présenté il y a trois ans des crises urticariennes et œdémateuses. L'œdème se localisa successivement aux paupières supérieures et inférieures, à la région abdominale et thoracique : il constituait des « boules » ovalaires, blanches, nullement prurigineuses, qui apparaissaient brusquement et disparaissaient de même après deux ou trois heures de présence.

Ces œdèmes étaient assez peu volumineux, principalement aux paupières, qui n'ont jamais été rapprochées, au point de masquer complètement le globe oculaire.

L'urticaire était très violente et presque quotidienne, beaucoup plus fréquente que l'œdème. Il y eut de nombreuses récurrences pendant une période de six mois, puis disparition complète de ces accidents, qui étaient survenus à la période de la ménopause.

La malade fait un rapprochement entre l'apparition de ces troubles de la peau et des injections de cacodylate de soude et de gaïacol faites quelque temps avant la première crise urticarienne.

La malade est sujette à des migraines avec vomissements, qui

surviennent environ tous les quinze jours. Pendant toute la période occupée par les crises urticariennes et œdémateuses, la migraine disparaît. Elle est revenue depuis.

On ne trouve rien à signaler dans les antécédents personnels de la malade, qui jouit et a toujours joui, en dehors de ces céphalées périodiques, d'une excellente santé.

Dans les antécédents collatéraux, une sœur présentant elle aussi des migraines fréquentes.

Dans les antécédents héréditaires, rien à signaler.

La malade a un fils et une fille tous deux bien portants. Cette dernière est cependant également migraineuse.

OBSERVATION XVIII (Personnelle, inédite).

G... (M.), étudiant en médecine, habitant Toulouse, âgé de 26 ans, de souche nettement arthritique (père atteint de lithiasé hépatique, mère rhumatisante chronique), ayant lui-même une tendance à l'obésité, gros mangeur. Présente depuis l'âge de 23 ans, c'est-à-dire depuis trois ans, des crises d'urticaire qui surviennent régulièrement chaque année, à la même époque, dans les premiers jours du mois de juin.

Ces crises d'urticaire, précédées de migraines violentes, alternent, sans jamais coexister, avec des œdèmes qui s'installent subitement. C'est généralement le matin que le malade, qui s'est couché la veille encore en proie aux démangeaisons urticariennes, constate en se réveillant qu'il est délivré complètement de son prurit, auquel se sont substitués des œdèmes. Ceux-ci sont mous, rosés, indolores, non prurigineux, apyrétiques, mobiles et fugaces. Ils siègent un peu partout, avec cependant une plus grande fréquence aux mains et avant-bras, aux joues et organes génitaux. Ils sont bien limités, assez peu volumineux. Ils disparaissent aussi vite qu'ils sont venus. Leur durée n'a jamais dépassé deux jours : la plupart des placards ont disparu avant quarante-huit heures. La crise entière, y compris l'urticaire et la migraine, évolue en sept ou huit jours.

Il se produit peu de temps après une récédive, « fatale » au dire

du malade, qui sait à l'avance à quelle époque les mêmes manifestations réapparaissent, un mois plus tard environ dans la seconde quinzaine du mois de juillet.

Dans l'intervalle des deux crises, la santé est excellente ainsi que pendant tout le reste de l'année. Aucun prodrome n'annonce la crise, aucun vestige ne dénonce son passage.

Depuis trois ans ces accidents se répètent avec une régularité parfaite, et G... (M.) s'attend à les voir apparaître de nouveau cette année une quatrième fois.

Le malade ne connaît pas un autre membre proche ou éloigné de sa famille atteint de semblables manifestations œdémateuses.

Ce cas d'œdème de Quincke, d'où le caractère familial de l'affection est absent, nous paraît être un exemple assez frappant, quant au mode de récurrence, du « type régulier annuel », signalé par Quincke dans sa *Monographie*.

OBSERVATION XIX (Inédite).

(Malade obligeamment adressé par le Professeur agrégé JOULIA.)

L... (J.), étudiant en médecine, a présenté en novembre 1923 à l'âge de 27 ans, des crises d'urticaire et des manifestations œdémateuses localisées strictement aux paupières et à la lèvre supérieure. Ces accidents avaient été précédés de troubles digestifs gastro-intestinaux, consécutifs, au dire du malade, à une ingestion de crevettes. Les jours suivants, il y eut de l'anorexie et une constipation extrêmement tenace. Puis apparurent subitement, un soir, des démangeaisons violentes sur l'abdomen, les flancs, la racine des cuisses, les bras. Le malade constata qu'il était couvert de plaques d'urticaire. Le lendemain, sa paupière droite enfla subitement, bouchant l'œil complètement. Quelques secondes après, la lèvre supérieure devint le siège d'une bouffissure semblable. Effrayé, le malade se rend immédiatement chez le Docteur Joulia, et, « en montant l'escalier », les œdèmes disparaissent, de sorte que le Docteur Joulia ne put que constater l'urticaire, qui persistait à l'abdomen sous la forme de placards ortiés de la dimension d'une paume de main.

Quelques jours plus tard, nouvelle poussée œdémateuse intéressant toujours la paupière et la lèvre supérieure. Mais le même phénomène de disparition instantanée avant d'entrer dans le cabinet du praticien se produisit, et le malade se présenta une deuxième fois avec le visage parfaitement normal.

Le même phénomène se reproduisit alors que, quelques semaines plus tard, il allait voir M. le Professeur Michelet pour les mêmes raisons. Ce dernier put cependant, un jour, constater l'enflure de la lèvre supérieure, qui avait « résisté à l'émotion », comme dit le malade, qu'il éprouvait de voir disparaître ses œdèmes avant de pouvoir les montrer.

Les premières crises œdémateuses apparurent en novembre 1923. Elles se renouvelèrent une quinzaine de fois jusqu'en février 1924.

Il n'y eut pas d'autres localisations que celles des paupières et de la lèvre supérieure. Presque tous les jours le malade était en proie à des démangeaisons urticariennes. A noter que l'apparition de l'œdème était immédiatement précédée par une sensation légère, « pas désagréable », de prurit, qui cessait aussitôt que l'œdème était installé.

Dans les antécédents personnels du malade, qui est un homme très actif et nerveux, on relève de l'eczéma et des migraines.

Dans les antécédents héréditaires un père rhumatisant, un grand-père asthmatique. Rien à signaler dans les antécédents collatéraux : deux frères et une sœur en excellente santé et n'ayant jamais présenté de semblables accidents œdémateux.

Le premier traitement appliqué fut la peptonothérapie, qui, après une semaine d'essai, ne donna aucun résultat. Le malade prit ensuite des cholagogues et des extraits biliaires. Enfin le Docteur Joulia lui fit, du 20 au 31 janvier, 4 injections de 10 cc. de sang. Après la deuxième injection, cette autohémothérapie semble avoir amené une légère amélioration.

Les œdèmes et l'urticaire disparurent définitivement en février, puis, pendant deux mois, le malade eut des migraines quotidiennes qui duraient de 8 heures du matin, à son réveil, jusqu'à 3 heures de l'après-midi, et, à ce moment, se dissipaient tout d'un coup.

OBSERVATION XX (Inédite).

(Malade obligeamment adressé par le Docteur R. DAVID-CHAUSSÉ.)

V... (Marcel), courtier commissionnaire à Bordeaux, âgé de 43 ans, présente depuis quatre ans des crises subintrantes d'urticaire et des œdèmes qui surviennent brusquement, pour disparaître de même : ce sont des œdèmes blancs, mous, indolores, apyrétiques, mobiles, fugaces, légèrement prurigineux et faisant preuve depuis quatre ans d'une vertu récidivante remarquable. Le malade nous dit et nous répète que depuis quatre ans ces accidents œdémateux et urticariens, si pénibles par les démangeaisons qui les accompagnent, ne l'ont pas laissé tranquille plus de huit jours de suite.

La première manifestation a eu lieu après un repas abondant, au cours duquel le sujet avait mangé sans retenue de la langouste et divers coquillages. Le lendemain, il constate un œdème énorme du prépuce : la verge était déformée et ressemblait, selon l'expression du malade, « à un saucisson boursoufflé et mal fait ». Les téguments étaient un peu rosés. Les bourses, elles aussi, étaient le siège d'un gonflement général. Epouvanté, le malade fit venir la nuit un médecin, qui diagnostiqua un œdème de Quincke et rassura le patient.

Cet œdème génital dura deux jours. Puis il y eut d'autres localisations : aux paupières, à la lèvre supérieure, à la lèvre inférieure, aux joues, à la langue, au pharynx, aux mains et avant-bras (face dorsale), à la nuque, au cuir chevelu, aux cuisses et à l'abdomen.

La durée de ces œdèmes ne dépassait pas vingt-quatre heures, sauf en ce qui concerne celui des organes génitaux, qui persista pendant deux jours. Le malade insiste ensuite sur certains caractères spéciaux des plaques œdémateuses situées à la nuque et au cuir chevelu : ces dernières, en particulier, étaient très dures et démangeantes. Il est assez difficile de faire préciser au malade la fin de la poussée œdémateuse, celle tout au moins qui intéressait la face, le corps et les membres; quant à l'œdème génital, il disparut complètement après deux jours d'existence, et ne reparut que l'année suivante à la même époque (mois de septembre). Mais entre temps le malade a eu des

œdèmes sur diverses parties du corps : les parties le plus souvent atteintes semblent être les lèvres et le dos des mains. La langue a été atteinte une fois, le pharynx une fois aussi; le larynx a été respecté.

Il semble bien ici que l'œdème et l'urticaire coexistent autant qu'ils alternent. « Tous les jours, j'avais des démangeaisons plus ou moins fortes », nous répète le malade avec insistance. Cependant il distingue sans peine le prurit très violent, très énervant des « piqûres d'orties », et les démangeaisons « supportables des plaques blanches ».

Depuis quatre ans, l'enflure des organes génitaux est revenue trois fois. Quant aux autres localisations œdémateuses, on ne les compte pas. Elles surviennent d'une façon très irrégulière et capricieuse, toutes les semaines, parfois tous les mois, parfois à quelques jours d'intervalle. Quant à l'urticaire, il est d'une fidélité parfaite : « Tous les jours je me gratte », dit le malade.

Toutefois, depuis un an et demi, il semble que les manifestations tant œdémateuses qu'urticariennes, aussi fréquentes, deviennent plus courtes et moins pénibles : elles ne durent jamais plus de trois heures.

Le malade met cette amélioration sur le compte du régime, auquel il s'astreint d'ailleurs, d'une façon intermittente. Il avoue lui-même aimer le vin, avoir une bonne cave et être obligé par sa profession à des dîners copieux.

Il a remarqué que c'est moins la qualité que la quantité des aliments qui influe sur les accidents qui le tourmentent. Un jour de diète à peu près absolue atténué beaucoup, d'après lui, la violence des démangeaisons. Le malade incrimine, par contre, le vin, surtout le vin blanc. Il a remarqué, en outre, que l'ingestion de cachets d'aspirine déclenchait des crises plus fortes.

Comme le malade de l'observation I, notre homme a habité les colonies : il est resté trois ans au Maroc.

Dans ses antécédents personnels on relève : une scarlatine, une fièvre typhoïde, une néphrite aiguë et le paludisme. Il est tourmenté assez fréquemment par des névralgies sciatiques assez fortes parfois pour le contraindre au repos complet.

Les antécédents héréditaires sont à retenir : mère devenue à peu près impotente par suite de rhumatismes chroniques des membres inférieurs : père mort, à 60 ans, d'une sporotrichose généralisée

A l'examen, il s'agit d'un homme de 40 ans environ, d'allure jeune et alerte, plutôt maigre, le facies coloré. Il ne semble nullement affecté par la longueur et la ténacité de sa maladie, dont il est convaincu de la bénignité.

Depuis quelques mois, le malade se plaint de céphalées fugaces et de crampes d'estomac.

Le foie n'est pas augmenté de volume ni douloureux.

Les conjonctives ont une légère teinte jaune. Pas de constipation. Rien à signaler aux poumons, au cœur, ni aux autres organes.

Tous les traitements proposés et essayés pour soulager V... (Marcel), et dont il nous fait ironiquement l'énumération, se sont montrés parfaitement impuissants. On n'a pas essayé chez lui l'auto-hémothérapie.

OBSERVATION XXI (Inédite).

(Le Docteur A. CHAUVENET, de Thouars, a eu l'obligeance de nous communiquer sa propre observation, qu'il nous permet de publier sans rien en soustraire.)

Il y a trois ans et demi, au mois de juillet 1926, j'ai été réveillé un soir par de violentes douleurs polyarticulaires me permettant à peine de me mouvoir assez pour allumer une lampe et remarquer que tout mon corps était couvert de plaques d'urticaire. Depuis ce soir-là et pendant deux mois, quel que fût le régime suivi et quels que fussent les médicaments ingérés (adrénaline, évatmine, peptone, pepsine activée et magnésie..., sucre même, selon Loeper), j'ai eu sans arrêt :

1° Des douleurs multiarticulaires variées, siégeant surtout au niveau des épaules et des articulations des doigts, survenant brusquement et passant de même, parfois extrêmement violentes (surtout celles des épaules), et s'accompagnant de gonflement articulaire et périarticulaire.

2° Des œdèmes des mains, et surtout de la face, survenant avec

une brusquerie extraordinaire : ainsi, en quelques secondes, une paupière enflait au point de m'empêcher de voir; ou bien ma lèvre supérieure ou inférieure devenait énorme; ou bien ma langue, que je maintenais avec peine dans ma bouche. Un soir, j'ai eu une gêne respiratoire intense et inquiétante, due sans doute à de l'œdème de la glotte (j'ai eu la double inquiétude de l'asphyxie possible et du manque de confiance dans le talent des confrères à qui j'aurais dû laisser le soin de me faire une trachéotomie d'urgence)...

3° De la fièvre : 37°4 le matin, 37°8, parfois 38°5 le soir. Une seule fois ma température est montée à 39 degrés. Ce jour-là seulement j'ai dû interrompre mes occupations.

4° Du prurit : un prurit très et trop classiquement féroce, ne cédant à rien, m'empêchant, plus encore que les arthralgies, de fermer l'œil la nuit, m'obligeant à me gratter désespérément parfois.

Je dois noter, et ceci me paraît très important, que durant cette désagréable période je n'ai pas eu une seule de ces violentes et fréquentes crises de migraine auxquelles je suis sujet depuis l'âge de 9 ou 10 ans.

Mon urticaire et mes œdèmes disparus, mes migraines ont reparu presque aussitôt.

Mes antécédents pathologiques : Rougeole, scarlatine durant mon enfance, appendicite à l'âge de 16 ans (on m'a opéré), migraines (ma grand'mère et mon grand-père maternels en avaient, ma fille en a déjà), un ictère un peu prolongé en 1925, une petite poussée de subictère passager en 1925 aussi, quelques mois après le premier. A part cela, comme vous le savez, je suis très bien portant, mène une vie très active et fais de la culture physique et des sports.

Le traitement curateur *post* ou *propter*? l'autohémothérapie, qui, dès la deuxième injection, m'a enlevé le prurit, les plaques urticariennes après la troisième, et les œdèmes après la cinquième. Une nouvelle petite poussée d'œdèmes, survenue quelques jours après ce résultat, a disparu après une seule et dernière injection de sang. Depuis, plus d'urticaire, plus d'œdèmes fugaces, plus d'arthralgies malgré l'absence de tout régime suivi.

OBSERVATION XXII (Résumée).

(BOELT, in *Recueil et mémoire de médecine, de chirurgie et de pharmacie militaires*, 1871.)

OEdème ambulant non inflammatoire du voile du palais, du pharynx, de la glotte, des lèvres, des mains et des pieds.

Soldat de 29 ans apporté à l'hôpital militaire de Calais, le 11 mai 1870, pour accès de suffocation. Cet homme a déjà été atteint, il y a deux ans, d'œdème de la glotte. A cette époque, la crise de dyspnée dura deux heures et fut suivie d'un œdème de la face et de la région antérieure du cou, qui dura quarante-huit heures.

Le 11 mai 1870, vers 2 heures du soir, sensation de gêne à la déglutition, qui vers 3 h. 30 se transforma en suffocation. La dyspnée augmentant de plus en plus, le malade fut transporté à l'hôpital.

Le cou est tuméfié. L'inspiration incomplète, très pénible, produit un sifflement sourd. Le murmure vésiculaire est à peine perceptible. OEdème considérable de la portion des voies respiratoires avec muqueuses à aspect normal. La langue est fortement saillante en dehors.

Scarification au niveau du larynx avec un bistouri de Cooper.

Amélioration rapide de l'état, qui le lendemain redevient à peu près normal.

Les jours suivants, jusqu'au 7 juin, à plusieurs reprises, placards d'œdème situés à divers endroits du corps (pied droit, pied gauche, main droite, main gauche, bras, etc.). Depuis bonne santé.

Aucune tare organique. Pas d'albumine dans les urines.

OBSERVATION XVIII (Résumée).

(Trousseau, in *Journal de médecine et de chirurgie*, 1901, p. 467.)

Andrieux a rapporté, en 1885, une observation d'une jeune fille de 17 ans, qui, depuis l'âge de 5 ans, fut atteinte chaque mois, pendant une période de temps variant entre deux et quatre jours,

mais ne dépassant jamais ce chiffre, d'œdème des deux paupières ne s'accompagnant d'aucun autre trouble général ou local. L'auteur n'a pu découvrir aucune cause à cet œdème. Il eût été fort intéressant d'être renseigné sur les antécédents de la jeune malade et de rechercher l'arthritisme.

Trousseau prétend que beaucoup de cas rentreraient dans le cadre des œdèmes arthritiques.

OBSERVATION XXIV.

(TROUSSEAU, *Archives d'ophtalmologie*, 1901.)

Œdème arthritique des paupières.

Un goutteux de 42 ans est pris subitement, après une série de chasses et de copieux dîners arrosés de vins généreux, d'un œdème aigu des deux paupières, dont il s'aperçoit à son réveil. Ne pouvant ouvrir les yeux, il est terrifié et me fait appeler. Le lendemain matin les voiles palpébraux ont repris leur aspect normal. Trois semaines après, l'œdème reparaît, et dure cette fois quatre jours. Il est suivi le jour de sa disparition d'une crise caractéristique dans le gros orteil.

OBSERVATION XXV.

(TROUSSEAU, *Archives d'ophtalmologie*, 1901.)

Œdème arthritique des paupières.

J'ai suivi pendant de longues années un malade fort curieux qui était âgé de 55 ans lorsque je le vis pour la première fois à l'occasion d'une irido-choroïdite rhumatismale.

Cet homme avait été tourmenté toute sa vie par tous les phénomènes de l'arthritisme et offrait les réactions cutanées les plus bizarres lorsqu'il ingérait certains médicaments ou certains aliments. Il connaissait si bien sa situation qu'il pouvait à coup sûr prédire l'apparition des phénomènes dont il était victime, et qu'il parvenait à éviter grâce à un régime très strict et très bien étudié. Entre autres

inconvenients, il avait à chaque instant des œdèmes aigus circonscrits de la peau et des muqueuses, et spécialement des paupières et de la conjonctive. J'ai observé chez lui plus de vingt attaques d'œdème palpébral ou de chémosis séreux, qui ne durait jamais plus de quarante-huit heures, sans douleur, sans fièvre, sans malaise, et qui alternaient soit avec des œdèmes des autres régions, spécialement du scrotum, soit avec diverses manifestations cutanées (érythème, eczéma, etc.). Dans ce cas, les œdèmes étaient dus à des intoxications alimentaires ou médicamenteuses; on pourrait les qualifier d'infectieux et se contenter de cette dénomination à la mode, n'étaient que ces infections ne surviennent guère que chez les arthritiques. Il est préférable de remonter à la cause première et d'accepter l'appellation, que je propose, d'œdème arthritique.

OBSERVATION XXVI.

(*Journal de médecine et de chirurgie*, 1904, p. 39.)

Œdème idiopathique aigu des paupières.

M. Gaillard relate (Société médicale des hôpitaux) trois observations relatives à une affection très rare, et qui se manifeste sous forme d'un œdème des paupières survenant sans prodromes : on le constate le matin au réveil. Il est prédominant d'un côté ou même unilatéral. Il atteint d'emblée de si colossales proportions qu'on ne peut le confondre avec celui des affections cardiaques ou rénales. Il est mou et incolore; pas de rougeur des téguments. Il ne s'accompagne ni d'altérations du globe de l'œil ni de rougeurs conjonctivales. Il est apyrétique. Il est indolent, non prurigineux. Il dure vingt-quatre ou trente-six heures. Il peut être précédé, accompagné ou suivi d'œdème circonscrit des joues, des lèvres, des extrémités, des organes génitaux, des muqueuses. Il peut être précédé, accompagné ou suivi de phénomènes infectieux. Il se montre dans les familles où l'on trouve le rhumatisme, l'arthritisme, les névropathies. Il récidive fréquemment. L'accident évolue si vite qu'on n'a guère le temps d'entreprendre la cure, mais quand il y a une tendance à la récidive, il faut le combattre par des modificateurs de l'état général.

M. du Castel a vu une malade qui souffrait d'un œdème de ce genre chaque fois qu'elle prenait de l'antipyrine.

Dans certains cas, ces œdèmes pourraient être rattachés à l'intoxication alimentaire et à l'urticaire qui en sont la suite.

.. OBSERVATION XXVII.

(TROUSSEAU, *Archives d'ophtalmologie*, 1901.)

Œdème arthritique des paupières.

Il y a cinq ans, j'eus à soigner un jeune homme de 16 ans issu d'un père goutteux et d'une mère rhumatisante et qui avait eu, à l'âge de 12 ans, une attaque franche de rhumatisme articulaire aigu et, depuis, divers érythèmes cutanés, de l'urticaire et de l'eczéma. Il se présenta à moi avec un œdème considérable de la paupière supérieure droite, indolore et apyrétique, qui avait débuté brusquement la veille, et disparut tout à fait en quarante-huit heures. Trois jours après, il était repris d'une crise rhumatismale articulaire. En trois ans, l'œdème palpébral reparut 5 fois, et 3 fois fut suivi d'attaque rhumatismale.

Il semble qu'ici la relation entre l'œdème et le rhumatisme est frappante.

OBSERVATION XXVIII (Résumée.)

(LE CALVÉ, thèse Paris, 1901.)

B..., soldat du train, 23 ans. Profession, maréchal-ferrant. Père rhumatisant, mère emphysémateuse, psychopathe. Antécédents personnels insignifiants : quelques troubles gastro-intestinaux et quelques excès alcooliques.

Premier accident le 28 octobre 1898. Reçoit un traumatisme léger sur l'orbite droite par coup de pied de cheval. Quelques heures après, œdème du pourtour de l'œil s'étendant progressivement pendant toute la journée, occupant toute la face le soir.

Le 29, l'œdème continue à progresser vers le thorax et le cuir chevelu. A midi, légère gêne de la respiration.

A 4 heures du soir, dysphagie complète et dyspnée laryngée intense.

A 6 heures, trachéotomie d'urgence suivie de la disparition de la dyspnée.

Le 30, diminution des œdèmes; le 2 novembre, tout est rentré dans l'ordre.

Jusqu'au 8 août 1899, petits accidents localisés.

Deuxième grande attaque le 8 août 1899. Le malade prend un bain de mer, dix minutes, avec sensation de fraîcheur désagréable. Le soir, il est réveillé vers minuit par de la gêne respiratoire. En même temps, la figure gonfle et l'œdème reprend les dimensions de la première attaque.

Le lendemain, il est admis à l'hôpital de Vannes, où l'on voit les accidents rétrocéder et disparaître en trois jours.

Troisième grande attaque le 3 novembre 1899, avec même symptomatologie que précédemment, avec, en plus, un léger mouvement fébrile.

Petit accident d'œdème du membre supérieur disparaissant en deux jours.

Le 7 mai 1900, coliques suivies d'une évacuation alvine; céphalée violente avec angoisse. L'œdème envahit toute la face.

Le 8, l'œdème facial est en voie de résolution.

Le 9, résorption de tous les œdèmes. Numération globulaire : G. R., 5.000.000; G. B., 130.000.

Réformé quelque temps après, cet homme se marie et, en novembre 1900, il a une poussée d'œdème facial et de nombreux petits accidents.

Cinquième et dernière grande attaque le lundi 28 janvier 1901. Œdème de la langue envahissant progressivement le plancher de la bouche, les joues et la région sushyoïdienne. Respiration calme, et brusquement, vers midi, dyspnée suivie d'asphyxie rapide.

Autopsie. — Principales lésions sont un œdème suraigu de la zone susglottique, de la zone glottique, une congestion et un œdème suraigu du poumon, une congestion et des infarctus hémorragiques de la rate, une congestion rénale.

OBSERVATION XXIX (Résumée).

(MIRALLIÉ, *in* thèse LE CALVÉ.)

Mme P..., 26 ans. Début de l'affection en 1892, après expulsion d'un fœtus mort et macéré. Depuis, migraines localisées autour de l'œil, accompagnées d'œdème de la face et de larmolement. Un autre examen décembre 1900 : Mauvais état gastro-intestinal; migraines et poussées d'œdèmes fréquentes. Régime de désinfection intestinale; œdèmes et migraines s'espacent.

OBSERVATION XXX (Résumée).

(MIRALLIÉ, *in* thèse LE CALVÉ.)

Mlle V..., 17 ans. Constipée chronique. Etat saburral des voies digestives. Depuis novembre 1900 jusqu'au mois de mars 1901, céphalée et poussées d'œdème facial.

Désinfection intestinale. Disparition des œdèmes et des céphalées.

OBSERVATION XXXI (Résumée).

(MIRALLIÉ, *in* thèse LE CALVÉ.)

Mlle S..., 23 ans. Nerveuse, mauvais état des voies digestives. Souvent œdème fugace au niveau des yeux apparaissant brusquement.

OBSERVATION XXXII (Résumé.)

(MIRALLIÉ, *in* thèse LE CALVÉ.)

Mme D..., de souche névropathique.

Présente tous les signes d'une entéro-colite.

Depuis deux ans, céphalée avec œdème fugace. Amélioration par désinfection intestinale.

OBSERVATION XXXIII (Résumée).

(MIRALLIÉ, in thèse LE CALVÉ.)

Mme L., 43 ans. Offre à l'heure actuelle tous les symptômes de l'hyperchlorhydrie.

Depuis l'âge de 18 ans, poussées d'œdème facial coïncidant avec un mauvais état intestinal.

OBSERVATION XXXIV (Résumée).

(GOLTZ, *Deutsche Medicinische Wochenschrift*, 1880.)

Jeune diplomate, 30 ans. Aurait eu à Paris, il y a un an, une urticaire du pharynx qui se reproduisit plus tard à Berlin avec une allure tellement grave que Leyden et Langenbeck, qui soignaient le malade, avaient tout préparé pour une trachéotomie.

Le malade souffre d'une pharyngite granuleuse.

Au milieu de juillet, œdème pharyngo-laryngé, qui disparut le lendemain.

Dans les jours qui suivirent, localisation de l'œdème aux avant-bras et au pourtour anal pendant quarante-huit heures.

OBSERVATION XXXV (Résumée.)

(JAMESON, *Edimbourg Med. Journ.*, 1883.)

Institutrice de 60 ans, souffrant de rhumatismes chroniques depuis sept ans. Depuis la même époque, tuméfaction sous-cutanée d'œdème se localisant un peu partout, apparaissant toutes les deux ou trois semaines, disparaissant après quarante-huit heures ou trois jours.

Une fois ou deux, le siège de l'œdème parut être le gosier.

OBSERVATION XXXVI. (Résumée).

(JOSEF, *Berl. Kl. Woch.*, 1890.)

Homme de 37 ans, mécanicien, présentant de nombreux accès d'œdèmes aigus circonscrits à localisations multiples. Au cours d'un de ces accès, dyspnée avec suffocation, qui firent penser à un œdème de la glotte.

OBSERVATION XXXVII (Résumée).

WRIGHT, *Brit. Med. Journal*, 1896.)

Femme de 60 ans souffrant depuis plus de trente-cinq ans d'œdèmes localisés, passant rarement plus de six semaines sans ces attaques. Pas de troubles généraux. Elle a eu quelques attaques de dyspnée.

OBSERVATION XXXVIII (Résumée).

(DAMIENO, *Archiv. Ital. di laring.*, 1898.)

Malade de 60 ans, sans antécédents. Présente tout à coup de l'enflure du nez et des paupières, qui s'étendit progressivement jusqu'au pharynx et au larynx malgré tous les traitements. Dyspnée, scarification de la luette. Mise en place d'un tube d'O'Dwyer. Rétrocession rapide des phénomènes.

OBSERVATION XXXIX (Résumée).

(DE SANTI, *Journal of laryngology*, 1902.)

Femme de 26 ans présentant depuis quatre ans des crises d'œdème aigu localisé, sans périodicité. Elle a présenté récemment des phénomènes de dyspnée rapportables à un œdème de la glotte.

OBSERVATION XL (Résumée).

(HAVILLAND HALL, *Journal of laryngology*, 1902.)

Femme de 45 ans sujette à des attaques d'œdème angio-neurotique du cou et de la muqueuse buccale. Une ou deux fois, grande gêne respiratoire due sans doute à une extension à la glotte.

OBSERVATION XLI (Résumée.)

(CHAUVET, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 1884.)

M. T..., 57 ans, sans antécédents, présente depuis la fin de 1882 des troubles de l'état général et, en même temps, des tuméfactions œdémateuses très circonscrites et passagères, siégeant un peu par-

tout, apparaissant sans causes bien nettes. Leur durée est très courte, de quinze à vingt heures. Quelquefois, il y a sensation de gonflement siégeant à l'arrière-gorge.

OBSERVATION XLII (Résumée.)

(STRÜBING, *Zeitschrift für klin. Medicin. Monatssch.*

F. Ohrenheil., 1886.)

CAS 1. — Douleur à la déglutition dès que le sujet s'expose à un peu de vent, ou même ingère des aliments trop chauds ou trop froids, ou même sans aucune cause.

L'œdème se développe au niveau des voies respiratoires supérieures. En même temps que l'œdème, apparition de la dyspnée, qui est plus ou moins intense suivant les cas. La durée de la crise est généralement courte, de une heure à deux. Ensuite, œdème du cou et de la partie antérieure du thorax, non douloureux, blanc, durant une à deux heures; puis tout rentrait dans l'ordre.

CAS 2. — Chez un autre malade, ces œdèmes pharyngo-laryngés s'accompagnaient d'accès de vomissements complètement identiques aux crises gastriques du tabes. Durant ces accès, la sécrétion urinaire était diminuée et, au moment des accès graves, il y avait une légère albuminurie. Jamais de fièvre.

OBSERVATION XLIII (Résumée.)

(RIEHL, *Wiener med. Presse*, 1888.)

CAS 1. — Instituteur de 51 ans, rhumatisant. En 1874, œdème de la paupière gauche avec récurrence. En 1878, œdème de la paupière droite. A partir de ce moment, accès fréquents. En 1885, œdème pharyngo-laryngé avec menace d'asphyxie. Pas de phénomènes généraux. Toutes les médications ont échoué.

CAS 2. — Chauffeur de locomotive, 33 ans, présentant des crises d'œdème aigu des joues, depuis trois ans, environ tous les quinze jours. Une fois, le malade a souffert d'œdème pharyngo-laryngé. Il reste dans l'intervalle des accès un certain épaissement de la peau des joues.

OBSERVATION XLIV (Résumée.)

(BANNISTER, 1880, *in* thèse SALIGUE.)

Homme de 37 ans présentant des œdèmes localisés avec poussée d'urticaire suivies d'œdème de la glotte.

OBSERVATION XLV (Résumée.)

(ENOCH, 1885, *in* thèse SALIGUE.)

Petite fille de 4 ans, qui, en l'espace de trois ans, présenta quatre fois un gonflement œdémateux du dos des pieds, des mains et du visage. Il durait une semaine environ et était lié à un malaise général.

OBSERVATION XLVI (Résumée.)

(KUSSNER, 1889, *in* thèse SALIGUE.)

Femme de 68 ans présentant depuis cinq ans des gonflements œdémateux localisés apparaissant sur toutes les régions du corps. Jamais de fièvre. Tendance aux hémorragies.

OBSERVATION XLVII (Résumée.)

(Allen STARR, 1892, *in* thèse SALIGUE.)

Femme de 28 ans sans antécédents, présentant depuis deux ans un œdème intermittent de la moitié droite de la face.

Cet œdème apparaît chaque fois que le visage est exposé au froid; il dure de quelques heures à quelques jours et est accompagné de sensations désagréables de chaleur.

Au toucher, région dure, plus froide que normalement. La teinte de la région est blanc jaunâtre.

OBSERVATION XLVIII (Résumée.)

(Allen STARR, 1892, *in* thèse SALIGUE.)

Femme de 37 ans ayant perdu ses trois enfants quelques mois avant la maladie dont elle se plaint. Ses mains enflaient chaque fois

qu'elle les plongeait dans l'eau froide, et ce gonflement apparaissait l'hiver sur toutes les parties exposées au froid.

Examen. — Femme bien portante présentant à ce moment-là un œdème dur des joues ne se creusant pas à la pression.

L'auteur expérimente l'action de l'eau froide sur les mains. Les traitements employés sont inefficaces.

OBSERVATION XLIX (Résumée.)

(ALLEN STARR, 1892, in thèse SALIGUE.)

Femme de 54 ans, sans antécédents, présentant depuis quatre mois des œdèmes des doigts de la main gauche rouge sombre; après exposition au froid, très douloureux. Ces douleurs sont calmées par la chaleur.

Pas de troubles de la sensibilité ni des réactions électriques. Nous faisons toutes réserves sur ce cas. Il nous semble qu'il s'agit là plutôt d'érythromélalgie.

OBSERVATION L (Résumée.)

(COLLINS, 1892, in thèse SALIGUE.)

Miss F..., 26 ans, sans antécédents, souffre depuis un an d'indigestions résistant aux traitements. Depuis la même époque, a présenté à plusieurs reprises des placards d'œdème localisés.

Ces poussées récidivent pendant tout le temps que j'ai pu suivre la malade toutes les cinq à six semaines, malgré tous les traitements appliqués.

OBSERVATION LI (Résumée.)

(COLLINS, 1892, in thèse SALIGUE.)

X..., 41 ans, médecin, est atteint depuis quatre ans de gonflement périodique du scrotum, qui le gêne beaucoup et l'oblige à rester étendu pendant quelques jours. Ces crises surviennent toutes les six semaines à deux mois.

La suppression du tabac, un régime sévère, les remèdes antigoutteux, n'ont aucune action. A noter encore un léger état gastrique pendant les crises.

(OBSERVATION LII (Résumée.)

(COLLINS, 1892, *in* thèse SALIGUE.)

II... (W.), 34 ans, barbier, présente des gonflements périodiques (main gauche et front). Les attaques sont plus fréquentes en hiver. Pas de périodicité. Pas de douleurs.

(OBSERVATION LIII (Résumée.)

(THOMAS ASHTON, 1893, *in* thèse SALIGUE.)

Miss de H..., 18 ans, a antécédents tuberculeux. Fit en juillet 1892, après exposition à un vent frais, une poussée d'œdème du côté droit de la face, disparaissant au cours de la nuit suivante. Deux autres crises causées aussi par le froid dans le mois qui suivit. Au cours de l'année suivante, elle présenta deux crises d'œdème de la face avec, en même temps, symptômes gastro-intestinaux.

(OBSERVATION LIV (Résumée.)

(TESTELIN, thèse Paris, 1884, *in* thèse SALIGUE.)

Femme 28 ans, père rhumatisant. Œdème blanc, élastique, des paupières, puis des membres inférieurs, puis ensuite, de nouveau, paupières et face. Pas d'albuminurie. Rien au cœur.

OBSERVATION LV (Résumée.)

(COLLEVILLE, thèse Paris, 1885, *in* thèse SALIGUE.)

T... (Elisa), 33 ans, présente depuis quatre ans des œdèmes partiels fréquents à localisations multiples sans phénomènes généraux. Quelques signes légers d'insuffisance ovarienne.

OBSERVATION LVI (Résumée.)

(WILLS et DUDLEY COOPER, 1893, *in* thèse SALIGUE.)

Garçon 22 ans, névropathe et aliéné. On constate un gonflement de la face et des paupières sans causes appréciables, durant quarante-huit heures, et se reproduisant un mois plus tard.

OBSERVATION LVII (Résumée.)

(RIEHL, 1888, in thèse SALIGUE.)

Homme présentant pendant plusieurs années des œdèmes à localisations variables.

Il se produisit, une fois, un œdème de la glotte avec accès de dyspnée très intense mais très fugace.

OBSERVATION LVIII (Résumée.)

(RIEHL, 1888, in thèse SALIGUE.)

Homme 33 ans, œdèmes aigus de la joue, dont le premier coïncida avec un refroidissement. Une fois, œdème glottique.

OBSERVATION LIX (Résumée.)

(COURTOIS-SUFFIT, 1884, in thèse SALIGUE.)

Homme 21 ans, sans antécédents, présentant des plaques d'œdème dispersées un peu partout, transitoires, irrégulièrement circulaires. Ces œdèmes étaient très prurigineux.

OBSERVATION LX (Résumée.)

(RAMSAY SMITH, *Lancet*, 1894, in thèse SALIGUE.)

Femme 22 ans présentant des œdèmes qui ont apparu à de nombreuses reprises avec des localisations variables. Desquamation de l'épiderme après les crises. Mauvais état intestinal. Très nombreux remèdes ont été essayés sans résultat.

OBSERVATION LXI (Résumée.)

(GEVAERT, *Revue des maladies de l'enfance*, 1894, in thèse SALIGUE.)

G... (Yvonne), 3 ans, santé parfaite, présentant tous les quinze jours tumeur volumineuse région du cou, dure et indolore, disparaissant au bout de deux à trois heures. L'enfant ayant eu la coque-

luche, cette tumeur apparut tous les jours pour ne plus réapparaître que tous les quinze jours quand elle fut guérie de cette maladie intercurrente.

OBSERVATION LXII (Résumée.)

(SABRAZÈS et SALIGUE, *in* thèse SALIGUE.)

A... (Emile), 20 ans, sellier-bourrellier, entre le 11 octobre 1901 à l'Hôpital Saint-André de Bordeaux pour urticaire généralisée avec œdème localisé.

Antécédents héréditaires : Peu importants.

Antécédents personnels : Migraines, pas d'abus de boissons alcooliques, dyspepsie depuis quatre à cinq mois. Constipation.

Depuis le 2 octobre, à la suite d'ingestion d'huîtres et de coquillages, ressent dans le poignet une violente douleur, à la suite de laquelle il vit cette région augmenter de volume à vue d'œil.

Le lendemain, ce fut le poignet gauche qui enfla, puis d'autres parties du corps. Prurit généralisé.

Depuis l'apparition de ces poussées urticariennes, il ne s'est pas passé deux heures sans qu'il n'y ait plaque ou œdème. Leur localisation est essentiellement variable.

A l'heure actuelle (11 octobre 1901), plaques d'œdème et plaques urticariennes. Estomac douloureux après l'absorption de nourriture. On donne un repas d'épreuve, qui ne donne aucun résultat anormal.

Dans les selles rien d'anormal. Appareil urinaire, appareil respiratoire, système nerveux normaux. Au niveau du cœur bruit de galop à la pointe.

Examen du sang : G. R., 5.940.000; G. B., 13.640.

Formule leucocytaire : Normale.

Au moment de l'apparition d'une plaque urticarienne légère, éosinophilie.

Un traitement d'antisepsie intestinale améliora ce malade, mais il y eut d'autres poussées depuis, à intervalles variables.

OBSERVATION LXIII (Résumée.)

(SABRAZÈS et MURATET, *in* thèse SALIGUE.)

G... (M.), 40 ans, a présenté à l'âge de 4 ou 5 ans, après course sous la pluie, sur tout le corps, une véritable explosion de nodosités rougeâtres accompagnées d'œdèmes localisés.

Nouvelle poussée pendant sept à huit mois.

A 10 ans, poussée œdémateuse de la conjonctive durant six heures.

A 14 ans, à la suite d'un bain froid, œdème localisé avec démangeaisons : quelques poussées pendant les deux ou trois mois qui suivirent.

De 14 à 20 ans, disparition des accidents. Au régiment rien jusqu'au moment où il revint de convalescence pour hydarthrose due à un coup de pied de cheval. A ce moment-là, œdème mains, pieds et flancs. Durée de la poussée : dix à douze jours environ. Durée totale des attaques : deux à trois mois.

De 20 à 32 ans, nombreuses poussées, séparées par des périodes d'accalmie de cinq à six mois.

A 32 ans, de l'eau de Royat prise aux repas fait cesser tous les phénomènes pendant six ans. En 1902, réapparition des poussées œdémateuses, assez fréquentes.

En 1903, même chose. Les causes d'apparition de ces œdèmes sont nombreuses et variables.

Pas d'antécédents personnels ni héréditaires.

L'examen de tous les organes est négatif. Formule sanguine normale.

OBSERVATION LXIV (Résumée.)

(RAPIN, *Revue de la Suisse romande*, 1907.)

Femme de 35 ans. Présente depuis l'âge de 7 à 8 ans des crises d'œdèmes localisés à sièges multiples. Elle meurt subitement d'une crise d'œdème aigu laryngé. Pas d'antécédents héréditaires.

OBSERVATION LXV.

(WHITING, *Lancet*, 1907; Obs. I résumée.)

Femme de 19 ans, domestique, présentant depuis sept ans des œdèmes localisés, une crise toutes les trois ou quatre semaines. Leurs dimensions sont très variables.

Pas d'antécédents de ce genre dans la famille.

Elle est du type nerveux. Dermographisme très marqué.

OBSERVATION LXVI.

(WHITING, *Lancet*, 1908; Obs. II résumée.)

Homme de 72 ans présentant depuis novembre 1904 des poussées d'œdèmes localisés toutes les deux ou trois semaines.

Les attaques débutent la nuit, toujours à la même heure, vers 4 ou 5 heures du matin.

Un traitement par l'extrait thyroïdien amène une amélioration.

OBSERVATION LXVII.

(WHITING, *Lancet*, 1908; Obs. III résumée.)

Cas suivi de mort d'un homme de 33 ans présentant des crises depuis l'âge de 5 ou 6 ans.

La mort a lieu par asphyxie foudroyante.

A l'autopsie, la seule lésion constatée fut de l'œdème du larynx.

OBSERVATION LXVIII (Résumée).

(VIGOUROUX et PRINCE, *Société d'anatomie*, 1911.)

B... (Henri), 17 ans, entre à l'asile, le 21 octobre 1907, comme débile mental.

Pas d'antécédents héréditaires en fait de maladie de Quincke.

Depuis sa naissance, nombreux accidents nerveux et mentaux.

Pendant son séjour à l'asile, crise d'œdème de Quincke bien caractérisée. Fréquents troubles gastro-intestinaux à type paroxystique. A

plusieurs reprises, œdème laryngé. Mort à la suite d'une de ces crises, le 7 septembre 1911.

Autopsie avec examen anatomo-pathologique de tous les organes.

— On note une congestion généralisée de tous ceux-ci. Au niveau de la thyroïde, quelques altérations cellulaires.

Les ganglions cervicaux du grand sympathique sont atteints de sclérose légère. Cette lésion serait en faveur d'une origine nerveuse du syndrome de Quincke.

OBSERVATION LXIX (Résumée).

(LEREBOULLET et FAURE-BEAULIEU, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, novembre 1909, et in thèse FEUILLET, Paris, 1910.)

Adolescent de 15 ans se présentant à la consultation de Saint-André, le 9 août 1909, avec une tuméfaction parotidienne. La veille, bourses enflées. Depuis un mois, accidents analogues. La première manifestation (joue enflée) apparut après une opération sur les fosses nasales, et depuis attaques presque journalières.

Tendance névropathique depuis l'enfance.

Fonctions digestives défectueuses.

Rien autre à l'examen.

Antécédents héréditaires sans intérêt.

Légère poussée thermique dans les jours qui suivent l'examen.

Le 15 août, albuminurie importante durant huit jours, et disparaissant au régime lacto-végétarien déchloruré.

Le 25 août et jours suivants, on voit apparaître des plaques urticariennes sans démangeaisons, qui alternent avec des poussées d'œdème. Il y eut tout un léger état subfébrile.

Epreuve du bleu de méthylène : Normale.

Epreuve d'albuminurie provoquée : Négative.

Perméabilité du rein au chlorure : Normale.

Intradermo-réaction à la tuberculine : Négative.

Traitement thyroïdien sans résultat.

Revu en novembre 1909 pour nouvelle poussée. Ces poussées ont lieu environ une fois par semaine.

24 décembre : Nouvelle poussée.

Depuis ce moment-là jusqu'en septembre 1910, pas de nouvelles poussées. L'état digestif s'est notablement amélioré. Il en est de même de son état nerveux.

OBSERVATION LXX (Résumée.)

(LEREBOULLET et FAURE-BEAULIEU, *Bulletin de la Société médicale des hôpitaux de Paris*, nov. 1909; et in thèse FEUILLET, Paris, 1910.)

Femme de 31 ans se présentant à la consultation de Saint-Antoine, le 31 août 1909, pour tuméfaction paupière gauche et moitié gauche du front. En même temps, plaques d'urticaire géantes sur le tronc et les cuisses. Ces malaises se répètent depuis une douzaine d'années pendant chaque été; et presque jamais pendant l'hiver. Rien d'intéressant dans ses antécédents. Mauvais état des voies digestives. Elle paraît très entachée de nervosité.

OBSERVATION LXXI (Résumée.)

(LEREBOULLET, in thèse FEUILLET.)

J... (M.), 41 ans, accidents gastro-intestinaux, douleurs articulaires avec parfois enflure passagère.

Pas d'antécédents héréditaires.

Comme antécédents personnels, plusieurs crises rhumatismales. Il a présenté depuis son enfance des œdèmes passagers à siège variable, parfois accompagnés ou suivis de démangeaisons. Pas d'urticaire nette.

Le malade et surtout venu pour ses troubles gastro-intestinaux.

Pas d'autres signes morbides.

OBSERVATION LXXII (Résumée.)

(BOSC, in thèse FEUILLET.)

Mme R..., 55 ans, se réveille, le 14 mai 1906, avec sensation de tension douloureuse à la figure, due à œdème dur du visage.

Cet œdème disparaît en quarante-huit heures.

Pendant l'année qui suivit, deux autres attaques.

OBSERVATION LXXIII (Résumée.)

(SIMONIN, *Société médicale des hôpitaux*, 3 dé. 1909,
in thèse FEUILLET.)

Dégénéré, fils de père tuberculeux et de mère hystérique. A passé névropathique très chargé, ayant présenté de 12 à 15 ans, chaque année, une rhinorrhée séro-purulente abondante suivie de poussées d'urticaire généralisée, coïncidant avec œdème blanc, indolore, volumineux, côté droit, face et paupière, accompagné de fièvre.

OBSERVATION LXXIV (Résumée.)

(ETIENNE, *Société médicale des hôpitaux*, 31 déc. 1909;
in thèse FEUILLET.)

Jeune fille présentant à chaque époque menstruelle un œdème blanc, mou et indolore de la face dorsale main droite et doigts, disparaissant avec l'époque menstruelle et ne s'accompagnant d'aucun trouble fonctionnel ni général.

OBSERVATION LXXV (Résumée.)

(*Idem, Ibidem.*)

Jeune fille de 20 ans très nerveuse ayant présenté deux fois, en concordance avec l'époque cataméniale, un œdème blanc, indolore, considérable de la main droite.

OBSERVATION LXXVI (Résumée.)

(*Idem, Ibidem.*)

Œdème aigu essentiel du prépuce, blanc, transparent, durant quelques heures apparaissant brusquement et disparaissant progressivement. Se produit quatre fois en six ans, pour ne plus se reproduire depuis douze ans. Début âge de 24 ans.

OBSERVATION LXXVII (Résumée.)

(*Idem, Ibidem.*)

Sujet de 35 ans, très nerveux, de souche profondément arthritique, présente plusieurs fois par an des crises d'œdème géant du cou, face et nuque. La répétition de ces crises a provoqué chez ce malade un état névropathique très marqué. Troubles intestinaux et gastriques importants.

Les crises d'œdème ont diminué de fréquence sous l'influence d'un régime ayant amélioré l'état digestif.

OBSERVATION LXXVIII (Résumée.)

(ESCAT, *in* thèse ROLLAND, 1913.)

Forme laryngée.

Fillette de deux ans et demi présentant du tirage, du stridulisme, de la fièvre oscillant entre 38 et 39 degrés.

Examen. — Œdème sus-glottique.

Au bout d'un jour aggravation au point d'envisager la trachéotomie.

Dans la nuit suivante, résolution (vue avec le docteur Philip, de Bordeaux).

La malade aurait eu depuis des localisations cutanées.

OBSERVATION LXXIX (Résumée.)

(CESTAN, LAVAL et NANTA, *Toulouse médical*, 15 juin 1912;
in thèse ROLLAND.)

Mme M..., 51 ans, présente des œdèmes passagers à localisation variable, leur fin est annoncée par de violentes coliques abdominales et des symptômes gastro-intestinaux.

Pas de fièvre. Pas d'autres symptômes.

Sang : G. R., 4.500.000; G. B., 30.000.

Première crise en février 1911. Depuis plusieurs, dont une crise laryngée (moucheture du larynx).

En octobre 1912, nouvelle crise laryngée très intense.

Rien dans l'intervalle des crises.

OBSERVATION LXXX (Résumée.)

(BAYLAC, *in* thèse ROLLAND.)

Mme P..., 38 ans, sans antécédents héréditaires, tempérament névropathique, migraines fréquentes, constipée, obèse. Troubles de la fonction ovarienne (règles douloureuses). Pression artérielle un peu élevée : 21-12.

Depuis l'âge de 30 ans, fréquentes poussées d'œdème un peu partout. Crise laryngée avec dyspnée intense.

Traitement lacto-ovo-végétarien avec antiseptie intestinale : Diminution de la fréquence des crises.

OBSERVATION LXXXI (Résumée.)

(BAYLAC, *in* thèse ROLLAND.)

S... (M.), 58 ans, ancien militaire. Père rhumatisant. Bien portant jusqu'à 40 ans. A ce moment-là, gros ennuis, qui influent sur son caractère et le rendent irritable.

Eczéma en 1912 au niveau du cou.

Depuis l'âge de 40 ans, présente des poussées de plaques d'œdème durant 24 heures. Une analyse d'urine ne montre rien de bien anormal, seulement présence de quelques filaments et de quelques cellules..

A l'heure actuelle, les poussées d'œdème sont très nombreuses, 3 à 8 par mois.

Il en présente :

36 en 1912 (en 5 mois);

39 en 1913 (en 12 mois);

14 en 1914 (en 6 mois);

La régularisation des fonctions intestinales amène un mieux léger.

OBSERVATION LXXXII (Résumée.)

TAPIE, *in* thèse ROLLAND.)

X..., soldat, 24 ans, bonne constitution. Est brusquement atteint œdème cuisse gauche en avril 1912, avec une peau rouge, tendue, un peu douloureuse à la pression. L'état général est bon. On pense d'abord érysipèle, mais on abandonne bientôt cette idée.

Le jour suivant, placard à peine rosé au creux poplité droit; troisième manifestation coude gauche; quatrième manifestation à la fesse et à la région lombaire droite.

Mai 1921 : Crise plus grave. La lèvre et le plancher buccal sont pris et l'on craint une extension au pharynx, mais il n'en est rien.

Pendant les huit mois suivants, le malade a sept crises. Depuis un an et demi, plus rien.

Les antécédents ne sont pas relevés.

OBSERVATION LXXXIII (Résumée.)

(LAVAL, *in* thèse ROLLAND.)

Mlle G..., 40 ans, présente en 1908 des troubles intermittents de la phonation, de la déglutition et de la respiration.

Elle me dit en même temps avoir constaté un œdème léger et fugace de la lèvre supérieure. Je n'y attache pas grosse importance et je pense à une laryngite chronique. Mais je suis amené à voir la malade au cours d'une crise, et je constate l'œdème de la face et de la cavité bucco-pharyngée. Je porte le diagnostic de maladie de Quincke. Un régime d'antisepsie intestinale ne modifie pas les crises. Non revue. Pas d'antécédents familiaux.

OBSERVATION LXXXIV (Résumée.)

(ACHARD et FLANDIN, *Autosérothérapie désensibilisatrice et maladie de Quincke.*)

Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris, 1920.

Mme L..., 32 ans, début des accidents en 1913 par des migraines avec sensation de constriction pharyngée; douleurs rhumatoïdes:

poussées d'œdèmes. Ces accidents sont accompagnés d'une fièvre légère et se produisent au moment des règles.

Rien d'anormal dans les urines.

Le sang est normal, les albumines du sérum sont augmentées; 90 à 92 grammes p. 1.000.

Le régime, le repos, le chlorure de calcium, ne donnent rien.

13 février 1914, en pleine poussée. Prise de sang et sept heures après, injection sous-cutanée de 1/2 cc. de sérum.

17 février : La malade revient pour une légère poussée. Injection sous-cutanée de 1 cc. de sérum : disparition des accidents jusqu'au 5 mars. Nouvelles poussées très légères du 9 au 15 mars, arrêtées chaque fois par une injection de sérum de 2/10^{es} de cc. à 2 cc.

Le 1^{er} avril, avant les règles, la malade ressent les premiers symptômes de la crise. Elle se décide à subir trois injections de sérum de 1/2, 1, et 2 cc.

Rien jusqu'au 1^{er} mai, où une ébauche d'œdème cède à une injection de 2 cc. de sérum.

Injection de sérum les 13, 15, 27 et 29 mai et les 12, 24 et 26 juin.

Pratiquement, guérison obtenue depuis mai.

La malade est revue en 1920 n'ayant plus présenté d'accidents.

OBSERVATION LXXXV (Résumée.)

ALDERSON, *British Medical Journal*, 1920.)

Enfant de 3 ans 10 mois. Se plaint de la jambe gauche le 25 avril 1920. La mère constate de l'œdème de ce membre.

Quand je suis appelé à le voir, le jour suivant, les placards d'œdème sont très développés sur la jambe, l'avant-bras et la main gauches.

Le 28 avril tout œdème a disparu.

La température s'est maintenue à 101° F.

Le jour suivant, œdème de la face et réapparition au niveau des membres des placards œdémateux.

Pendant la journée, durant quelques heures, gêne respiratoire intense.

Le 1^{er} mai tous ces œdèmes avaient disparu.

L'enfant est très nerveux et réagit énormément aux piqûres d'insectes.

L'auteur n'a pas suivi le malade après ces deux premières crises.

OBSERVATION LXXXVI (Résumée).

(TURRETTINI, *Société médicale des hôpitaux de Paris*, 19 mai 1922.)

Mme C..., 52 ans, à hérédité bacillaire assez chargée, sans antécédent asthmatique ou migraineux, une fille présentant une sciatique rebelle. Elle présente, le 25 décembre 1920, une enflure de la face prédominant aux paupières et aux lèvres, légèrement rosée, prurigineuse, disparaissant en quelques heures.

Le 4 janvier 1921 et quelques jours plus tard, même phénomène. Un médecin appelé pense à un œdème de néphrite et met la malade au lait. Pendant le régime lacté, pas d'œdème. Des pâtes ayant été autorisées, leur ingestion fut suivie de troubles œdémateux.

Elle vient me voir en juin 1921; je la mets à un régime mixte avec médicaments digestifs : acide chlorhydrique, peptone, et taca-dias-tase. Léger mieux temporaire.

En août, un choc au lait fut net. Les globules blancs tombent de 10.200 à 6.200. La pression artérielle tombe de 14 à 11,5.

Un mois plus tard, un choc au pain (150 grammes) donne : globules blancs tombant de 10.700 à 4.600, pression artérielle de 14 à 11,5.

Je tente alors une série de cuti-réactions au pain macéré dans du sérum physiologique. Constamment, il y eut une plaque d'urticaire au niveau de la cuti-réaction et même 2 fois de légères enflures de la langue.

Deux jours après la 10^e cuti, je lui fais ingérer 100 grammes de pain et, dans la nuit, elle a une poussée d'œdème plus violente que jamais, et dont elle resta fatiguée plusieurs jours. Un gonflement eut lieu à l'endroit des cuti-réactions.

En janvier 1922, elle va à Paris où elle peut manger impunément farineux et pain, même du pain venant de Genève.

A son retour à Genève, le pain pris en quantité normale ramène une poussée d'œdème au 15^e jour.

L'auteur fait remarquer la sensibilisation tardive à des aliments aussi communs que le pain et les farineux, et l'échec des méthodes de désensibilisation.

Nous croyons en outre, chose que Turrettini ne fait pas remarquer, que d'autres causes doivent intervenir indépendamment de cette sensibilisation aux aliments, puisque celle-ci n'existe qu'à Genève. Ces causes doivent même conditionner cette sensibilisation. En effet, les attaques ne se produisent qu'à Genève.

OBSERVATION LXXXVII (Résumée).

(MILLIAN et PERRIN, *Société de dermatologie et de syphiligraphie*,
14 juin 1923.)

Maladie de Quincke. — Troubles sympathiques. — Etiologie syphilitique.

D... (J.), entre le 12 avril 1923 pour un œdème prurigineux apparu brusquement il y a trois semaines. Il aurait été au début symétrique et généralisé et se serait localisé secondairement à l'avant-bras gauche, à la cheville gauche et à la face.

Examen. — Membre supérieur gauche à aspect presque éléphantiasique. On dirait presque un phlegmon blanc. Prurit surtout nocturne. Œdème moins marqué de la cheville gauche. Légère bouffissure de la face.

Le reste des téguments est indemne.

Augmentation notable de la température des régions atteintes.

Les réflexes sont normaux, sauf l'achilléen qui est très faible.

Dermographisme intense.

Etat général. — Poumons : emphysème et bronchite chronique. Quelques troubles digestifs. Inégalité pupillaire, leucoplasie commissurale, adénopathie inguinale, aux ongles une certaine négritie.

Les troubles actuels remontent à trois semaines, mais il y a des poussées depuis 1915. Depuis 1922, il y en a eu 5 ou 6 qui ont duré de treize à vingt-quatre heures. Malade nie toute spécificité,

mais il y a de l'hyperalbuminose et de la lymphocytose du liquide céphalo-rachidien. B.-W. douteux.

Le traitement spécifique n'amène aucune amélioration. Il y a des troubles sécrétoires très marqués.

L'auteur fait remarquer que dans ce cas de syndrome de Quincke il y a des stigmates syphilitiques et des troubles sympathiques qui semblent porter ici non sur les capillaires sanguins, mais sur les capillaires lymphatiques.

OBSERVATION LXXXVIII.

(SABRAZÈS, *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*,
29 juillet 1923.)

Oedème aigu angio-neurotique de la face et du cou. — Retour offensif par hypersensibilisation locale aux variations de température. — Tendance à la sclérodermie. — Troubles endocriniens des ovaires et de la thyroïde.

Millé X..., âgée de 24 ans, présente depuis plusieurs mois, dès qu'elle s'expose à un air frais et vif, et surtout lorsque le vent souffle, un oedème subit de la face sans changement de coloration, mais avec transpiration *in situ*. Cet oedème se localise toujours dans les mêmes régions : bas des joues, partie supérieure du cou en regard des glandes sous-maxillaires. C'est un oedème assez ferme, s'accompagnant tout d'abord de chaleur puis de refroidissement local. Cet oedème symétrique dure quelques heures, puis s'atténue et s'efface.

Il laisse de plus en plus les téguments moins souples, comme rétrécis et un peu raides, dans les territoires intéressés. On s'en rend compte dans la résistance de la peau dans l'extension du cou. C'est de la sclérodermie commençante.

Rien de semblable ailleurs.

Dans les antécédents on note des engelures et une unique poussée d'hydarthrose, il y a dix ans, d'une durée de quinze jours, sans séquelles.

Cette demoiselle est issue d'un père constipé chronique, Mère bien portante, pas d'antécédents syphilitiques ou tuberculeux.

Personne plutôt maigre. Le pouls varie de 80 à 108. La tension est faible : Mx, 13; Mn, 9; I, 2 au pachon. Réflexe oculo-cardiaque 76-72. Pas de tremblements, d'exophtalmie, d'hypertrophie thyroïdienne. Urine ni sucre ni albumine. Les règles sont surabondantes, sans anémie marquée. Examen du sang : hémoglobine, 95 p. 100.

Formule leucocytaire : Polynucléés, neutrophiles, 72 p. 100; lymphocytes, 24 p. 100; lymphocytes mononucléés, 4 p. 100; valeur nucléaire des polynucléés neutrophiles, 270.

Denture normale. Réflexes normaux. Rien aux oreilles.

L'auteur attire l'attention sur les troubles de dysovarie et de dysthyroïdie présentés par la malade et sur le mode d'apparition des phénomènes qui lui rappellent les réflexes conditionnels étudiés par Pawlov ainsi que sur les troubles vaso-moteurs qui accompagnent ces poussées œdémateuses.

Il conclut à une origine neuro-endocrinienne.

(OBSERVATION LXXXVIII bis (Résumée).

(SABRAZÈS, in *Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 30 mars 1930.)

Arrêt, pendant un mois et demi, d'une urticaire rebelle à la suite d'une injection de 10 cc. de sérum antidiphthérique.

Femme de 41 ans présentant une urticaire à poussées subintrantes généralisées, à exacerbations vespérales, accompagnées d'œdèmes localisés multiples et transitoires. Le prurit est violent.

Dans les antécédents, appendicite opérée à 11 ans, suivie d'un ictère un mois après; une métrite actuellement guérie, et un mauvais état de la circulation aux membres inférieurs.

Tous les traitements ont échoué.

Sur ces entrefaites, diphthérie dans le voisinage de la malade. On lui injecte 10 cc. de sérum antidiphthérique ordinaire. Disparition

de tous les accidents pendant un mois et demi, mais après ce délai réapparition des accidents.

L'auteur fait remarquer la bizarrerie de cette disparition et se demande s'il n'y aurait pas lieu de renouveler cette thérapeutique.

OBSERVATION LXXXIX.

(EVRAIN, thèse Paris, 1925.)

Syndrome de Quincke chez le nourrisson.

M... (Jean), né à terme le 20 octobre 1919; poids de naissance 3 kg. 350. Parents bien portants, croissance normale.

Examiné la première fois le 16 mai 1921 à 16 mois, poids 10 kg. 370. Rien dans les antécédents si ce n'est diarrhée persistante de l'allaitement au sein.

A ce premier examen, fontanelle antérieure non fermée, foie assez débordant. A la radio, cœur et poumons normaux. Albuminurie. On ordonne l'urotropine.

L'enfant est suivi régulièrement. On relève quelques troubles de l'ossification (bourrelets sus-malléolaires, léger chapelet costal, début d'exostose frontale, à droite.)

Le 7 décembre, quelques traces d'albumine dans les urines, aux examens postérieurs plus d'albumine. La rate est normale et le foie reste légèrement débordant.

Le 25 janvier 1923, l'enfant a 26 mois, et dès qu'il met les mains dans l'eau survient une tuméfaction œdémateuse, rosée. Cet œdème apparaît quelle que soit la température de l'eau. Le moindre frottement produit une réaction analogue. Le régime de l'enfant ne comprenait à ce moment ni viande, ni poisson ou œuf.

A l'examen du sang, on trouve une forte leucopénie vingt minutes après l'ingestion d'une tasse de lait.

Peptone et chlorure de calcium.

L'enfant est revu le 22 février 1923, les phénomènes vaso-moteurs avaient cessé depuis trois jours.

Au mois de mai, coqueluche.

Au mois de novembre, réapparition du syndrome de Quinke.

L'œdème se localise aux paupières. Albumine, 0.

En août 1924, l'œdème a complètement disparu, le foie est nettement diminué de volume.

En résumé, il s'agit d'un syndrome de Quinke chez un enfant de 26 mois ne présentant ni tare héréditaire ni troubles organiques marqués. La cause efficiente est le contact avec l'eau ou le frottement. Le froid ne joue aucun rôle.

Il est assez important à noter la tuméfaction du foie.

OBSERVATION LXXXX.

(Emile FEUILLÉ, in *Journal médical français*, déc. 1927.)

Œdème et leucopathies.

Deux jeunes femmes hérédo-syphilitiques m'ont donné des récits comparables confirmés par leurs maris. Dans leurs rapports conjugaux, l'orgasme voluptueux était suivi, après intervalle d'une demi-heure, de phénomènes comparables. Chez l'une, il s'agissait de prurit intense généralisé avec placards urticariens durant cinq à six heures : l'urine de ces nuits-là renfermait 0,30 à 0,50 d'albumine avec quelques cylindres leucocytaires.

Chez l'autre, il se produisait une poussée œdémateuse autour de ses placards, en même temps qu'une diminution très accentuée de l'audition.

Chez ces deux femmes existait une leucoplasie très accentuée : tous les troubles disparurent en quelques semaines, en même temps que la leucoplasie s'atténuait, par le traitement bismuthique.

OBSERVATION LXXXXI.

(*Idem, Ibidem.*)

En juin dernier, j'ai étudié, un cas fort intéressant d'œdème local leucopathique.

Un jeune homme de 20 ans, malingre, hérédo-syphilitique, atteint

de furonculose, me raconta qu'il avait observé tout d'abord que lorsque la face antérieure de son poignet frottait un peu durement sur un appui de sa voiture il se formait une bosse d'œdème dur persistant une demi-journée. Il en était arrivé à reproduire cet œdème à volonté par friction énergique. Ces phénomènes disparurent en même temps que la furonculose trois semaines après le début du traitement bismuthique. Ayant constaté avant le traitement une leucopathie très accentuée, je demandai alors à mon malade d'essayer sa friction locale après une marche rapide poussée jusqu'à la fatigue.

Dans ces conditions, l'œdème se reproduisit avec les mêmes caractères que précédemment : l'épreuve fut positive une seconde fois huit jours après; elle resta négative dans la suite du traitement.

OBSERVATION LXXXXII.

(Ch. AUDRY, *Société de dermatologie et de syphiligraphie*,
9 février 1928; in *Journal médical*, 25 juillet 1928.)

M. Audry rapporte l'histoire d'un homme de 54 ans chez lequel le coït était suivi d'érythème et d'œdème à la face, aux mains et au pénis. Cet homme avait reçu quelques années auparavant une série d'injections de sérum, qui, probablement, l'avaient sensibilisé. M. Audry explique l'origine des crises cutanées par des phénomènes anaphylactiques. Il ne pense pas que ces troubles angio-œdémateux relèvent d'une action réflexe : l'intervalle de quelques heures séparant le coït de la poussée n'est pas en faveur de ce mécanisme. Il préfère admettre que l'hypersécrétion testiculaire (ou prostatique) s'accompagne ici d'hormones susceptibles d'agir comme une injection d'albumine hétérogène chez un sujet sensibilisé.

Les symptômes cédaient très vite à l'autohémothérapie.

OBSERVATION LXXXXIII (Résumée).

(Noïca et PARVULESCO, *Revue neurologique*, 1929.)

Œdème de Qiuncke à forme particulière.

Il s'agit d'un soldat âgé de 22 ans qui entre en novembre 1927 pour œdème de la face sans antécédent

En 1920, typhus exanthématique qui lui laisse des douleurs dans les jambes.

En 1923, admis dans un hôpital de province, il quitte cet hôpital guéri d'un œdème de la face qu'il avait présenté, mais pendant cinq mois encore, il a de l'œdème des jambes.

L'œdème a réapparu par accès chaque fois que le temps est froid, envahissant la moitié ou la totalité de la face, apparaissant et disparaissant rapidement.

Aux membres inférieurs, les œdèmes réapparaissent seulement en septembre 1927 avec des douleurs et une certaine gêne fonctionnelle.

Il se présente à nous le 30 novembre 1927 avec le côté gauche de la figure enflé. La peau est tiède. On a une sensation de crépitation légère sous le doigt.

Le malade se plaint que tout le temps il ressent à la face du côté œdématié une pénible sensation de brûlure, comme s'il avait une allumette allumée plaquée sur la figure.

Aux membres inférieurs, œdème dur, légèrement douloureux à la pression.

La sensibilité est abolie sur l'hémiface gauche, siège de l'œdème; elle est très diminuée aux membres inférieurs.

L'œdème disparaît de la face au bout de quatre jours et réapparaît du côté opposé huit jours après avec les mêmes troubles sensitifs.

Les auteurs font remarquer l'association de l'œdème avec les troubles sensitifs, et l'association d'un œdème passager avec un œdème beaucoup plus durable.

OBSERVATION LXXXXIV (Résumée).

(DUNLAP et LEMON, *American Journal of the Medical Science*, 1929.)

CAS 1. — Grec, âgé de 30 ans, se présentant à la Mayo Clinic le 13 avril 1923.

Dans les antécédents, quelques attaques de migraines. En 1917, rapidement, dix minutes après avoir mangé des gâteaux de froment, de l'œdème apparut sur tout le corps. La figure était tellement gonflée que les traits étaient méconnaissables. Pendant une demi-heure

il fut dyspnéique au point de ne pouvoir à peine respirer ou parler. Le ventre gonfla et il vomit. Il n'eut pas de coliques. Depuis cette époque, quand il est dans une chambre où il y a de la farine de froment ou quand il mange des gâteaux de froment il présente des poussées d'œdème. Ni rhume des foins, ni asthme, ni purpura dans ses antécédents.

Le malade est dans un bon état physique. Rien d'anormal dans l'examen.

Cuti-réaction négative pour les œufs, avoines, lactalbumine, houblon et blé. La cuti-réaction fut légèrement positive pour les amandes anglaises et les pommes de terre. Elle fut plus fortement positive pour le froment.

Le sang, étudié, se montra un peu différent de la normale. Quand le malade fut à la clinique, en avril 1924, il avait des attaques quand il mangeait les aliments mentionnés.

CAS 2. — Un homme de 56 ans se présenta, le 26 mars 1923, à la Mayo Clinic, se plaignant de troubles remontant à vingt ans en arrière. Les phénomènes gastriques dominent le tableau sous formes de douleurs épigastriques le laissant très fatigué.

Les attaques survenaient très brusquement et disparaissaient de même. Entre temps, œdème cutané venant par intervalles deux à trois fois par semaine. Une fois, crise de dyspnée intense durant une heure. Quelques troubles du côté de l'appareil circulatoire. Emphysème pulmonaire, obésité et hypertrophie thyroïdienne.

Cuti-réaction négative. Sang légèrement différent de la normale.

Le malade, à l'heure actuelle âgé de 62 ans, a des attaques aussi fréquentes qu'à l'époque où nous l'avons examiné.

CAS 3. — Homme de 34 ans, inscrit à la clinique le 22 août 1923, présentant depuis le printemps 1919 des zones d'œdème cutané durant quelques heures, apparaissant tous les deux ou trois jours, habituellement vers 8 heures du soir. Leur localisation est essentiellement variable. Durant cette période, il eut deux attaques laryngées avec dyspnée intense. Tous les examens cliniques et de laboratoires ont donné des résultats normaux.

OBSERVATION LXXXXV (Résumée).

(LAVAL et VIELA, *Localisation laryngée du syndrome de Quinke, oto-rhino-laryngologie internationale*, mars 1929.)

*OEdème aigu pharyngo-laryngé compliqué d'amygdalite
phlegmoneuse.*

Les auteurs présentent cette observation comme une forme atypique de l'œdème de Quinke unique à leur connaissance.

Ar... (M.), 54 ans, entre d'urgence à l'hôpital pour crise de dyspnée subite. L'examen montre le pharynx enflammé, les piliers œdématiés et rouges. L'épiglotte et les aryténoïdes sont considérablement augmentés de volume. L'œdème vestibulaire interdit tout examen des cordes.

Le malade est fébrile.

Dans ses antécédents, on relève : des amygdalites à répétition (15 à 18) et des œdèmes blancs indolores, des « bosses », qui apparaissent subitement sur les mains, les cuisses, le ventre, disparaissant de même.

Ces manifestations œdémateuses s'accompagnaient depuis quelque temps de crises dyspnéiques légères et fugaces.

Après son entrée à l'hôpital, la dyspnée diminua d'intensité, et le malade subit un traitement purement médical.

Puis, quelques jours après, nouvelle alerte. On pratique alors une trachéotomie haute. Disparition de l'œdème.

Le malade respire facilement, mais reste fébrile. La fièvre monte jusqu'à 40 degrés et une dysphagie intense apparaît. A l'examen de la gorge, on constate une amygdalite phlegmoneuse postérieure, qui s'ouvrit le lendemain, soulageant le malade et ramenant la température à la normale.

Les auteurs concluent : « Il faut retenir cette observation comme un exemple de la suppuration de l'œdème de Quinke poussé à ses extrêmes limites. Le passé pharyngien du malade (amygdalites à répétition) semble avoir constitué une prédisposition indubitable. »

OBSERVATION LXXXXVI.

(J. GATE et J. ROUSSET, *Société médicale des hôpitaux de Paris*,
23 novembre 1928; in *Concours médical*, 3 févr. 1929.)

*OEdème cataménial récidivant de la face d'origine dysendocrinienne
chez une hérédo-syphilitique.*

Une jeune fille, normalement réglée de 11 à 18 ans, avait vu depuis neuf ans ses règles disparaître et avait, à partir de cette époque, présenté chaque mois, à l'occasion de la crise cataméniale, des malaises généraux et surtout un oedème très spécial localisé d'abord aux jambes et à la face, puis uniquement aux malléoles d'une façon transitoire et à la face.

L'étude des tests et du métabolisme basal montre l'existence d'une hypothyroïdie nette. Il n'y avait pas d'oedème chronique, mais il s'agissait d'une manifestation épisodique qui paraissait remplacer les règles absentes. On ne peut s'empêcher, dans ces conditions, d'admettre une synergie glandulaire (thyroïde et ovaire), l'hypothyroïdie étant responsable de l'oedème qui s'exagérait à l'occasion des crises cataméniales.

La malade étant hérédo-syphilitique et le traitement (bismuth-novarsénobenzol) n'ayant donné à lui seul aucun résultat, on l'associa à un traitement opothérapique pluriglandulaire (thyro-ovarien : trois fois par jour 25 milligrammes d'extrait thyroïdien, 20 centigrammes d'extrait ovarien). La malade a vu disparaître tous ses malaises, et en particulier l'oedème cataménial ne s'est plus reproduit, mais les règles ne sont pas revenues.

Cas familiaux à oedèmes aigus localisés.

1^{er} CAS (Dinkelacker, 1882). — Famille 4 membres; père et fils atteints; une fille indemne; deuxième fils atteint a été vu trois ans plus tard par Valentin.

2^e CAS (Strübing, 1885). — Homme de 71 ans dont le fils et la fille sont atteints de la même maladie. Maladies nerveuses dans la famille.

3° CAS (Falcone, 1886). — Un enfant de 7 ans, dont le grand-père a présenté la même affection.

4° CAS (Osler, 1888). — Famille de 42 membres. 22 membres atteints, se répartissant sur cinq générations. 2 morts par œdème laryngé. Cet auteur voit en 1915 2 membres de la sixième génération, qui, eux aussi, sont atteints de la même maladie.

5° CAS (Krieger, 1899). — Mère et fils présentant ces accidents.

6° CAS (Fritz). — 9 membres répartis sur trois générations d'une famille. 8 atteints de ce syndrome; 5 morts d'œdème de la glotte.

7° CAS (Roy, 1894). — Mère et fille atteintes du syndrome.

8° CAS (Ricochon, 1895). — 9 membres répartis sur quatre générations avec 3 morts d'œdème laryngé.

9° CAS (Varian, 1896). — 15 membres répartis sur deux générations. 10 membres atteints, 2 morts imputables au syndrome par œdème de la glotte.

10° CAS (Schlesinger, 1898). — 15 membres répartis sur quatre générations; 5 atteints.

11° CAS (Griffith, 1902). — Père et fille atteints et morts tous deux d'œdème du larynx à 29 et 23 ans.

12° CAS (Harris, 1905). — Malade de 21 ans, deux fois trachéotomisé et mort d'œdème du larynx. La mère et la sœur sont elles aussi atteintes.

13° CAS (Harbitz, 1911). — Le malade examiné, son frère, son père, son grand-père paternel et deux sœurs du grand-père.

14° CAS (Courtade, 1903). — Malade trachéotomisé deux fois; son père a eu quatre attaques.

15° CAS (Bourgeois et Egger, 1909). — Malade morte de dyspnée aiguë due à l'œdème laryngé; son père est mort à 24 ans de la même façon.

16° CAS (Straussler, 1903). — Malade mort d'œdème du larynx; selon renseignements, le père et un frère plus jeune seraient morts du même accident.

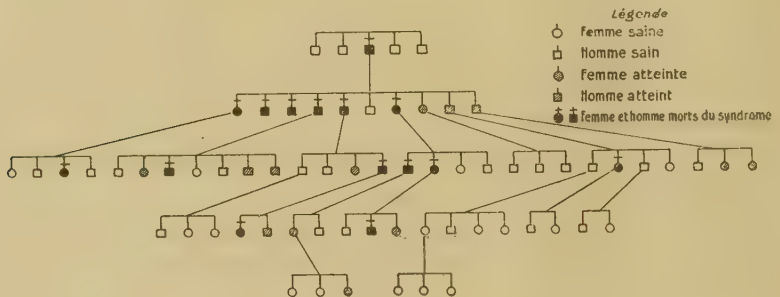
17° CAS (Apert et Dellile, 1904). — 5 hommes présentent des accidents d'œdème aigu du larynx. Les 6 femmes des trois générations de la même famille envisagée furent indemnes.

18° CAS (Prior). — Homme de 28 ans, idiot, mort en quelques heures d'attaque d'œdème de la glotte. La grand'mère est morte elle aussi d'œdème de la glotte. Une tante, la mère et un cousin de la mère sont sujets à des attaques d'œdème.

19° CAS (Cameron, 1920). — 7 cas sur trois générations avec 3 morts d'œdème laryngé.

20° CAS (ENSOR). — 80 membres d'une famille sur cinq générations. 33 membres atteints; 12 morts imputables au syndrome.

21° CAS (Crowder et Crowder, 1926). — 64 membres d'une famille, 28 atteints; 15 morts imputables au syndrome. L'affection évolue depuis 1920 et la transmission est toujours directe, affectant presque le type d'un caractère mendélien récessif. (V. tableau ci-après) :



22° CAS (Morris). — 3 membres sur deux générations. Une mort d'œdème aigu de la glotte.

23° CAS (Halsted [1^{er} cas], 1905). — 7 membres répartis sur trois générations.

24° CAS (Halsted [2° cas]). — 4 cas sur deux générations d'une famille.

25° CAS (Halsted [3° cas]). — 3 cas répartis sur deux générations.

26° CAS (Smith, 1889). — Mère et fille atteintes par le syndrome.

27° CAS (Mendel, 1902). — 12 membres d'une famille sur quatre générations présentant 9 membres atteints avec 6 membres morts d'œdème du larynx.

REFLEXIONS CLINIQUES

Ainsi nous nous trouvons en présence de trois ordres de faits.

Dans la 1^{re} classe d'observations, nous voyons se produire des placards d'œdème à localisations variables, d'une durée moyenne de trois à cinq jours. Deux fois seulement sur 16 cas, nous avons vu apparaître un œdème laryngé. Cette proportion est peut-être un peu faible, car nous avons systématiquement écarté tous les cas d'œdème aigu du larynx où n'était pas notée la présence de placards œdémateux cutanés. Parmi ces cas, il doit y en avoir qui relèvent du syndrome de Quincke, mais leur diagnostic d'avec les œdèmes de causes inflammatoires à allure bénigne est, à notre avis, quasi impossible, et c'est pour cela que nous les avons tous rejetés en bloc.

Les tares nerveuses n'ont pas été très souvent relevées chez les malades. Il en est de même des autres affections pouvant s'apparenter à l'œdème de Quincke. L'urticaire entre autre n'a été relevé que dans 50 p. 100 des cas.

Dans le second ordre de faits, où l'on voit réapparaître plusieurs fois les syndromes d'œdème aigu localisé, l'étude des documents nous a permis quelques remarques que nous croyons dignes d'être rapportées.

Parmi nos observations inédites, c'est dans l'observation que nous a communiquée le Docteur Chauvenet l'alternance du syndrome de Quincke avec les migraines, déjà relevée par plusieurs auteurs.

Dans une autre, le type régulier affecté par les récides depuis le début de la maladie. Ce type avait déjà été signalé par Quincke dans sa monographie.

Dans les observations que nous avons pu réunir, nous nous demandons si les troubles gastro-intestinaux qui sont mentionnés par les auteurs ne sont pas dus, chaque fois qu'ils affectent une forme aiguë, à une localisation sur la muqueuse du tractus digestif du syndrome de Quincke. Nous croyons plutôt à cette hypothèse qu'à celle faisant des troubles gastro-intestinaux la cause première des œdèmes cutanés.

Dans certaines observations, nous relevons des faits intéressants. Tout d'abord l'action indiscutable de la syphilis (Observation de Milian et Perrin), ou de l'héredo-syphilis (Evrain).

Dans l'observation de Sabrazès (*Gazette hebdomadaire des sciences médicales de Bordeaux*, 1923), nous voyons apparaître une lésion trophique de la peau (sclérodermie).

Dans l'observation de Noïca et Parvulesco, nous voyons l'association d'un œdème aigu localisé avec un œdème chronique du type du trophœdème de Meige, ainsi que des troubles vago-sympathiques marqués chez ce même malade.

Dans bien des observations, et nous croyons que ces observations seraient beaucoup plus fréquentes si les auteurs avaient plus minutieusement recherché les troubles endocriniens, nous voyons des perturbations dans le fonctionnement de ce système glandulaire.

Enfin, nous regrettons que jamais ou presque jamais ne soit mentionné l'état d'excitabilité et de stabilité du système vago-sympathique et que l'on n'ait pas systématiquement recherché ces faits. On note cependant du dermographisme, plus ou moins intense, de la cyanose passagère, quelquefois de la température locale.

L'association avec d'autres psychoses ou névroses ne nous a pas paru aussi fréquente que certains auteurs ont bien voulu le prétendre, à peine 7 à 8 p. 100 des cas.

Enfin, dans la troisième catégorie de faits, cas héréditaires, ce qui nous a surtout frappé, c'est la prédisposition aux crises laryngées qui sont souvent mortelles chez ces individus.

L'hérédité est généralement directe et, parfois, se présente même avec le type d'un caractère mendelien dominant (Crowder and Crowder). Ce sont les malades qui présentent le plus de crises et c'est chez eux que la maladie débute le plus souvent dans le jeune âge.

ETIOLOGIE

Ainsi que nous l'avons dit à propos des réflexions suggérées par nos observations, nous diviserons l'étiologie de l'œdème de Quincke en deux parties :

- 1° Les faits de notre classe 1;
- 2° Les faits de la classe 2 et surtout de la classe 3.

CLASSE 1.

L'étiologie des cas de notre classe 1 est assez variable et l'on ne peut pas dire qu'il y ait une notion étiologique bien nette qui domine le tableau. Cependant, on note assez souvent des troubles vago-sympathiques soit du sujet soit des parents du sujet. L'âge du sujet est excessivement variable, cependant les crises dominent vers l'âge moyen de la vie, entre 20 et 45 ans. Les causes déchaînantes sont rarement mentionnées : notons l'apparition après exposition au froid humide dans un cas. En résumé, étiologie peu nette et semblant variable d'un cas à l'autre, et déjà on voit se dessiner ce qui est beaucoup plus net dans notre seconde catégorie de faits : l'instabilité vago-sympathique, instabilité que Morichau-Beauchant désignait sous le nom de diathèse angio-neurotique.

CLASSE 2.

Dans ce groupe de faits, nous diviserons l'étiologie en deux sous-classes; c'est ce qui correspond dans notre classification aux groupes 2 et 3.

Première sous-classe.

De l'étude de nos observations, ce qui domine au point de vue étiologique c'est, d'une part, les troubles du système nerveux vago-sympathique et des glandes endocrines et les maladies nerveuses, ainsi que ce que l'on a appelé la diathèse arthritique.

En ce qui concerne l'âge, sur une statistique basée sur 200 cas, nous trouvons le pourcentage suivant :

De 0 à 4 ans, 8,5 p. 100;	} 16 p. 100;
De 5 à 9 ans, 7,5 p. 100;	
De 10 à 14 ans, 4,5 p. 100;	} 17 p. 100;
De 15 à 19 ans, 12,5 p. 100;	
De 20 à 29 ans, 31,5 p. 100;	
De 30 à 39 ans, 17 p. 100;	
De 40 à 49 ans, 8 p. 100;	
De 60 à 69 ans, 2,5 p. 100;	
De 50 à 59 ans, 7,5 p. 100;	
Au-dessus de 70 ans, 0,5 p. 100.	

On voit donc que le début des accidents se fait le plus souvent entre 15 et 40 ans. Dans la première enfance et jusqu'à 15 ans, le nombre de cas constatés est relativement faible, mais il y a beaucoup plus de troubles vago-sympathiques que plus tard. C'est ce que Evrain a fait ressortir dans sa thèse inaugurale. Voici entre autres un cas rapporté par cet auteur, qui montre ces troubles vago-sympathiques, forme de transition entre la maladie de Quincke et les autres ectosymphoses :

OBSERVATION (Résumée). — André G..., 2 mois 1/2, né à terme, débile, avec troubles digestifs, présente tous les deux ou trois jours des crises d'œdème localisé à la main gauche avec cyanose. Ces phénomènes durent une journée et cessent spontanément. Le 25 janvier 1925, pseudo-paralysie par maladie de Parot, œdème de

la région sous-ombilicale, foie gros, rate perceptible. Stigmates assez nets d'hérédosyphilis. On institue un traitement mercuriel.

Le 14 février; la pseudo-paralyse a presque disparu, et les crises d'œdème et de cyanose semblent s'espacer.

On a voulu faire jouer un rôle étiologique au genre d'alimentation. Si on compare le nombre d'observations publiées en Angleterre ou dans les autres pays anglo-saxons et allemands au nombre de celles publiées en France ou dans les autres pays latins, on constate que c'est dans les pays anglo-saxons que les cas d'œdème de Quincke sont les plus nombreux. On a voulu voir dans la consommation par ces peuples de mets spéciaux et surtout de poissons fumés, la cause du plus grand nombre de malades observés. Nous croyons personnellement qu'il ne faut pas voir dans ces faits une origine alimentaire, mais bien plutôt une de ces prédispositions de race que l'on est accoutumé à rencontrer d'ailleurs à propos de bien d'autres maladies aiguës ou chroniques.

On a bien souvent incriminé l'intoxication gastro-intestinale, soit par entéro-colite chronique, soit par troubles de l'absorption intestinale, mais les résultats du régime de désintoxication intestinale semblent réduire à bien peu cette cause déchaînante.

D'autre part, étant donné le nombre considérable de « *detraqués intestinaux* » et la rareté relative du syndrome de Quincke, nous ne voyons guère là qu'une simple coexistence de faits.

Rolland, dans sa thèse, a tenté de rapprocher la maladie de Quincke de la petite anaphylaxie et penche nettement en faveur de l'origine anaphylactique constante de celle-ci.

La réussite de la médication antianaphylactique (Achard et Flandin) semble prouver que certains cas sont bien causés par l'anaphylaxie. Dans le cas de Turretini on voit bien une sensibilisation de l'individu à des albumines alimentaires, mais, en plus de l'échec de la méthode antianaphylactique, on voit disparaître les accidents à propos d'un changement

de résidence. Il semble donc bien dans ce fait qu'il y ait une autre cause à l'apparition de l'œdème que cette sensibilisation aux aliments.

En faveur d'une origine anaphylactique, on peut rapporter les deux observations suivantes, qui ont presque la valeur d'expériences (Walker, *Journal of American Medical Association*).

CAS 1 (Résumé). — Malade de 28 ans, médecin, réagissant aux cuti-réactions faites avec certains collègues. Pour désensibiliser le sujet, on fait 2 injections sous-cutanées de pollen. La troisième, par suite d'une erreur, est plus forte; aussi à la suite de celle-ci on voit apparaître un œdème à développement rapide, localisé à la face, au cou et à la main. Cet œdème disparaît le lendemain.

CAS 2. — Il s'agit d'une infirmière de 28 ans souffrant de bronchite chronique et d'asthme. La cuti-réaction donne un résultat positif avec les protéines du lin. A la suite d'injections sous-cutanées de ces protéines, faites pour désensibiliser le sujet, on voit apparaître, après la troisième injection, un œdème laryngé avec dyspnée et menace de suffocation.

Nous remarquerons que les deux cas cités par cet auteur ont bien la symptomatologie du syndrome de Quincke, mais il n'y a pas eu de récurrence. Aussi ne peut-on pas généraliser comme fait celui-ci cette étiologie de sensibilisation aux protéines. En un mot, si l'anaphylaxie peut parfois jouer un rôle, il n'est que très rarement prépondérant et même lorsque il paraît être le plus net, un facteur étranger intervient, le facteur neuro-endocrinien. Aussi rejetons-nous complètement l'origine anaphylactique de la maladie de Quincke, et ne croyons-nous celle-là capable que d'être une cause déchaî-nante et non une cause principale de la maladie.

Ainsi, par élimination, arrivons-nous à considérer comme causes possibles de la maladie deux ordres de faits :

- 1° Les troubles endocriniens;
- 2° Les troubles du système nerveux végétatif vago-symp-thique.

Souvent, en effet, ont été notées des insuffisances ou des dysfonctionnements des glandes endocrines, surtout de la thyroïde et de l'ovaire.

Le système vago-sympathique de ces individus nous a toujours semblé, toutes les fois que les auteurs ont songé à l'étudier, hyperexcitable. En même temps, ce système est instable.

Deuxième sous-classe.

Dans cette classe, on a reconnu, depuis les observations de Quincke, l'importance de l'hérédité. Osler, le premier, a nettement attiré l'attention sur ce point. Crowder et Crowder pensent que l'hérédité de cette diathèse est si constante que parfois même ils la considèrent comme un caractère mendélien dominant, dans des cas beaucoup plus nombreux, comme un caractère mendélien récessif. Quoi qu'il en soit, l'hérédité est directe, et il est bien rare de la voir sauter une génération. On s'est demandé si cette transmission se faisait par voie paternelle ou maternelle. De l'étude des observations, on voit que c'est tantôt l'une, tantôt l'autre, et, à notre avis, les cas rapportés ne sont pas assez nombreux pour échapper à la loi des séries et permettre d'établir un pourcentage exact entre la transmission paternelle et la transmission maternelle.

Enfin, répétons l'influence de l'étiologie héréditaire sur le pronostic de la maladie. Les cas héréditaires de maladie de Quincke sont de beaucoup les plus graves.

PATHOGENIE

Toutes les fois que le médecin a voulu décrire une maladie, il est arrivé à quelque chose de net et de précis. Au contraire, chaque fois qu'il a voulu expliquer celle-ci, il s'est heurté à d'énormes difficultés et, bien souvent, il a dû s'avouer impuissant à les vaincre.

La question des œdèmes en général a fait couler et fera couler encore beaucoup d'encre avant que l'on ait une pathogénie nette.

Dans la variété d'œdème qui nous occupe, on ne peut invoquer au point de vue pathogénique aucune des théories en cours pour les œdèmes chroniques que l'on observe couramment, tels que l'œdème néphritique ou les œdèmes de stase. Nous nous trouvons en présence d'un trouble de l'équilibre colloïdal du tissu conjonctif, localisé et passager. Voyons comment nous pouvons l'expliquer.

Nous pensons qu'il s'agit d'un trouble local sous la dépendance du système nerveux vago-sympathique.

Barber pense qu'il s'agit d'une sensibilisation à des protéines microbiennes : il en est de même de Halding Davis et de Obendorf. Stafflery pense que l'œdème aigu circonscrit est dû à l'excitabilité exagérée de certains nerfs contrôlant la circulation de la lymphe. Cette hyper-excitabilité serait, pour cet auteur, due à un mauvais fonctionnement du système endocrinien et surtout thyroïdien.

Malgré tout, la pathogénie de cette affection reste très obscure.

Si nous en croyons Le Calvé, la pathogénie serait double suivant qu'il s'agit de transmission d'un tempérament mor-

bide spécial héréditaire : angio-neurose, dystonie organo-végétative, ou bien anaphylaxie ou intolérance alimentaire ou médicamenteuse.

Cet auteur croit qu'il y a intrication des deux causes, mais il prête plus d'importance à la seconde cause. Contrairement à ce que pense cet auteur, il nous semble que l'on doive renverser l'ordre des facteurs, et l'étude des observations nous a conduit à nous rapprocher de la conception allemande de Cassierer qui fait jouer le rôle principal à un déséquilibre sympathico-endocrinien. Ce déséquilibre serait d'ailleurs transmissible héréditairement dans certaines familles. C'est dans ce sens que concluent Laffitte et May dans leur article récent sur les œdèmes angio-neurotiques.

TRAITEMENT

Souvent, les malades qui viennent à nous, ayant été atteints par le syndrome ou la maladie de Quincke, nous énuméreront une liste très importante de médicaments qui leur auront été donnés.

Sans revenir ici sur les querelles d'école, nous croyons cependant que l'on est autorisé à pratiquer chez de tels malades la désinfection du tractus digestif, soit par petites purgations répétées, comme le conseille Sabrazès, soit par tout autre moyen.

Généralement nous n'aurons pas un bien grand résultat et nous pourrons alors essayer la médication opothérapique. Certains auteurs ont vu les attaques presque disparaître sous l'influence de l'opothérapie thyroïdienne, associée ou non chez la femme à l'extrait ovarien. Léopold Lévi conseille l'opothérapie thyroïdienne et hypophysaire.

Ezickzon a vu par deux fois les attaques céder brusquement à des injections d'extraits surrénaux sous-cutanées.

Enfin, partant d'un tout autre point de vue et considérant le syndrome de Quincke comme étant dû à l'anaphylaxie, nous pourrons essayer les méthodes de désensibilisation, soit l'auto-sérothérapie ainsi que l'ont faite Achard et Flandin, soit mieux l'auto-hémothérapie, qui paraissent avoir donné des résultats plus intéressants que ceux obtenus par la peptonothérapie, l'adrénaline et le chlorure de calcium.

Malgré cela, ne soyons pas trop optimistes et, dans bien des cas, nous verrons paraître et disparaître les accès sans

que nous puissions avoir sur eux une action quelconque par notre thérapeutique.

Dans la forme laryngée de l'œdème de Quinke, nous serons parfois amené à agir et à agir rapidement.

Lorsque le cas sera bénin, n'importe quelle thérapeutique pourra être appliquée pour donner confiance au malade. Dans les cas où la dyspnée deviendra menaçante, on pourra soit pratiquer des scarifications au niveau du pharynx et du larynx, comme le faisait déjà Boelt, en 1871, en sauvant son malade, soit mieux, une trachéotomie. Cette trachéotomie sera une trachéotomie basse et non intercricothyroïdienne, en raison de la fréquence de l'œdème sous-glottique. Malgré tout sachons qu'il existe des cas où nous arriverons trop tard et où l'œdème se sera développé si rapidement que le malade sera mort presque subitement. Ce sont ces faits que Whiting et Wright ont décrits sous le nom de cas d'œdème de Quinke, causes de mort subite.

CONCLUSIONS

I. — Les œdèmes aigus circonscrits sont d'une observation relativement fréquente, mais ce groupe sera vraisemblablement divisé d'ici peu.

II. — Cette division doit être faite, à notre avis, dans le sens suivant :

- 1° Forme sans récurrence;
- 2° Forme avec récurrence;
- 3° Forme héréditaire.

Aux deux premières, nous donnerons le nom de syndrome de Quincke, réservant le nom de maladie de Quincke à la forme héréditaire.

III. — Le pronostic de l'affection, bénin dans les faits de notre classe 1, devient plus sérieux dans les faits de notre classe 2 pour devenir grave dans les faits de notre classe 3.

L'œdème du larynx étant, en effet, de plus en plus fréquent et de plus en plus intense chez les malades atteints d'œdèmes aigus à caractère familial.

IV. — L'étiologie et la pathogénie de cette affection nous paraissent très obscures : le seul fait bien net qui se détache

c'est l'hérédité, qui peut évoluer comme un caractère mendélien dominant. A côté, nous croyons que l'on peut considérer la maladie et le syndrome de Quincke comme une angiotropho-neurose.

L'anaphylaxie ne jouerait qu'un rôle secondaire.

VU : *Le Doyen*, :
C. SIGALAS.

VU, BON A IMPRIMER :
Le Président,
E. MICHELEAU.

VU ET PERMIS D'IMPRIMER :
Bordeaux, le 11 avril 1930.
Pour le Recteur de l'Académie :
Le Doyen de la Faculté,
C. SIGALAS.

BIBLIOGRAPHIE

TRAVAUX ANTÉRIEURS A 1913.

- ROLLAND. — Thèse Toulouse, 1913-1914.
- ACHARD et LEVI. — Œdème aigu angio-neurotique. *In* Gilbert et Thoinot.
- ADAM. — De l'œdème dans le purpura. Thèse Paris, 1892.
- BARJON. — Œdèmes primitifs aigus du larynx. *Gaz des hôp.*, 1894.
- BLOODGOOD (J. C.). — Angio-neurotic Erythema and his surgical treatment by neurectomy. *Bull. Johns Hopkins Hosp.*, 1903, XIV, 138-142.
- BOURGEOIS et EGGER. — *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1909.
- BROCC. — Traité élémentaire de dermatologie. T. II, p. 410.
- BUKOFZER. — Die krankeite des kehlkopfes, Berlin, 1903.
- CASSIRIER. — Die vasomotrich tropischen nevrosen. Berlin, 1904.
- CASTEX. — Œdèmes aigus du larynx. *Arch. de laryng.*, 1900.
- CHARAZAC. — Etude sur l'œdème du larynx. Thèse de Paris, 1885.
- CROCKER (H. R.). — Diseases of the skin, 1903.
- DAMIENO. — Œdème angioneurotique du larynx. *Archiv. ital. di laryng.*, 1898.
- DABNAY. — Angio-neurotic edema of the larynx. *New-York med. Rec.*, 1898.
- DUNBAR ROY. — A case of angio-neurotic edema of the larynx with remarks. *The New-York Polyclinic*, 1896.
- DUBREUILH. — Précis de dermatologie, 1895.
- GOLTZ. — Ueber eine eigenthumliche form von erythem. *Deutsche medicinische Wochenschrift*, 1880.
- HARDY. — Traité des maladies de la peau, 1886.
- LETULLE. — Œdème aigu circonscrit. *Gaz. méd. de Paris*, 1884.
- BOELT. — *In Recueil et mémoire de médecine, de chirurgie, et de pharmacie militaires*, 1871.

- TROUSSEAU. — *Journal de médecine et de chirurgie*, 1901, p. 467.
- LEREBOULET et FAURE-BEAULIEU. — Deux cas d'œdème aigu circonscrit. *Soc. méd. des hôp.*, 1909.
- LESNE et DREYFUS. — De l'anaphylaxie. *La Clinique*, 1909.
- LIARAS. — Un cas d'œdème primitif du larynx. *Rev. hebd. de laryng.*, 1897.
- MACKENSIE. — *Trans. path. Society*, XI, 403.
- MARELL. — Quinke's disease. *Lancet*, 1900.
- MARTEL. — Œdème de l'aryténoïde droit. *Ann. des mal. de l'oreille et du larynx*, 1880.
- MASUCCI. — Contribution à l'étude et au traitement de l'œdème de l'aryténoïde. *Giorn. internaz. di. soc. med.*, 1887.
- MORSE (J. L.). — A case of antitoxin poisoning. *Boston med. an surg. Jour.*, 1898, 138-157.
- NIFONG. — Sudden death from an immunizing dose of antitoxine. *Ann. oto-rhino-laryng.*, 1898, VII, 565.
- PACKARD (F.-A.). — Urticaria of the mucous membranes, especially in connection with asthma. *Arch. pédiat.*, 1899, XVI, 729.
- PERINEAU. — Des œdèmes aigus primitifs du larynx chez l'adulte. Thèse de Bordeaux, 1897.
- PRYOR. — Report of a case of acute supra-glottis edema without apparent cause. *Med. records*, 1894.
- RIBIERRE. — L'hydarthrose intermittente. *Soc. méd. des hôp.*, 1910.
- ROY. — Three cases of nervous diseases. *Méd. Records*, 1894, 46.
- SIMON (C. E.). — Acute angioneurotic edema. *Johns Hop. Hosp., Rep.*, 1890.
- SEGUIN. — De l'œdème aigu primitif du larynx. Thèse Paris, 1897.
- UCHERMANN. — Œdema laryngis unilaterale climatericum. *Arch. f. laryng.*, 1898.
- ULLMAN. — Ein fall von circumscribed angioneurotic oedema mit consecutiv epileptiformen umfällern. *Arch. f. Schipps und tropen-hygiene*, 1899, III, p. 176.

DEPUIS 1913.

- ACHARD et FLANDIN. — Auto-sérothérapie désensibilisatrice et maladie de Quincke. *Bull. et mém. Soc. méd. des hôp. de Paris*, 1920.
- BARHER. — *Guy's hospital reports*.
- ALDERSEN. — Severe angio-neurotic edema. *British medical Journal*, 19 février 1920.
- APPERT. — Maladies des enfants, 1920, p. 163.
- AUDRY. — Société de dermatologie et de syphiligraphie, 9 fév. 1928. *Concours médical*, 25 juillet 1928.
- ARROW SMITH. — Œdème angio-neurotique de l'œsophage. *Lacryngoscopie*, 1915.
- ALLESANDRI. — Un caso di edema di Quincki con orticaria. *Rivista cut. de clin. med.*, 1921, XXII.
- BALTEN. — Un cas d'œdème angio-neurotique familial compliqué de tétanie. *Deut. Zeits f. Nervenh.*, 1919, p. 360.
- BOGART. — The surgical significancy of intestinal angio-neurotic edema with an illustrative case. *Annales of Surgery*, 1915, 61, p. 28-29.
- CASTAIGNI et PACARI. — La maladie de Quincke. *Journ. méd. franç.*, janv. 1914.
- CAMERON. — Histoire d'une famille à œdème angio-neurotique héréditaire. *Lancet*, Londres, 1920, II, 849.
- CROWDER and CROWDER. — Five generation of angio-neurotic edema. *Arch. of internation. med.*, 1917.
- DENECHAUX. — Œdème aigu localisé. *Arch. méd. d'Angers*, 1925.
- DUNLAP et LEMON. — The hereditary type of angio-neurotic edema. *American Journal of med.*, Sc. 1929.
- DRYSDALE. — Acute circumscribed edema. *Journ. am. méd. association*, 1927.
- EVRAIN. — Thèse Paris, 1925.
- EJICKSON. — Angio-neurotic edema of penis and scrotum. *American Journal of med. Association*, 1926.
- FEUILLÉ. — Œdèmes et leucopathies. *Journ. méd. franç.*, déc. 1927.
- FAIRBANCK. — *American Journ. med. Association*, 1924.

- GATE et ROUSSET. — Société médicale des hôpitaux de Paris, 23 nov. 1928. OEdème catemenial récidivant de la face d'origine dysendo-crinienne chez une héréd. Σ . *Concours méd.*, 5 fév. 1929.
- GERHARTZ et THRENWALL. — Quinckis oedem. *Munchen me Woch.*, 1917.
- GOVARTZ. — Composition du liquide d'œdème dans un cas de maladie de Quinke. *Soc. belge de biol.*
- GRAVOT. — Syndrome de Quinke. *Ann. de méd. et de pharm. colon.*, 1926.
- GUILLAUME. — Vagotonies, sympathicotones, Paris, 1928.
- KROGH. — The anatomy and physiology of capillaries. *Yale university press*, 1914.
- KOSTER. — Een Markwaardig Quinckas oedem. *Ned Tydschr Geneesk.*, 1918.
- KREIBISCH. — OEdema Quinke mit Ausgang in nekrotisierende Entzündung. und Atrophie. *Derm. Woch.*, 1918.
- LA HARPE (DE). — OEdème aigu circonscrit. *Rev. Suisse romande.* 1917.
- LAIGNEL-LAVASTINE. — Pathologie du sympathique, 1924.
- LAVAL et VIELA. — Localisation laryngée du syndrome de Quinke. *Oto-rhino-laryngologie internationale*, mars 1929.
- LE CALVÉ. — L'œdème étude expérimentale et clinique. Paris, 1925.
- LEMÉ et LÉVY. — Accidents anaphylactiques; maladie de Quinke survenue à la suite d'ingestion de viande de cheval; orchite sérique. *Soc. de pédiatrie*, 1924.
- LÉVI (Léopold). — Vue générale sur l'endocrinologie d'après vingt-cinq ans de pratique. Editions Paul Martial, Paris.
- MENACH. — The etiology and results of treatment in angio-neurotic edema and urticaria. *American Journal of Med. Assoc.*, 3 mars 1918.
- MEYNET. — *Ann. des mal. vénér.*, 1917, p. 724-730.
- MILIAN et PERRIN. — Maladie de Quinke. Troubles sympathiques origine Σ . *Soc. de derm. et de syphil.*, 14 juin 1923.
- MULLER. — Ueber das Quinkesche oedem. *Diss. Maeburg*, 1918.

- NOICA et PARVULESCO. — OEdème de Quinke à forme particulière.
Rev. neurol., 1929.
- NEUMAN. — Cas d'œdème de Quinke après injection d'insuline
Wien med. Woch., 1928.
- PIERRE-MARIE. — Pratique neurologique.
- PASTEUR-VALÉRY RADOT. — Urticaire et phénomène de choc déclenchés par l'effort musculaire. *Presse méd.*, juin 1927.
- RAMON. — Accidents sériques. Conférences de médecine pratique
3^e série.
— OEdème de la glotte. Conférences de médecine pratique,
5^e série.
- ROSENFELD. — Quinckisches oedem mit epileptischen aufällen. *Die Ther. der Gegenw.*, 1917, LVIII, 390.
- ROSENOW (E. C.). — The etiology and experimental production of Erythema nodosum. *J. Infect. Dis.*, 1915, XVI, 367-384.
- STELLWAGON. — A treatise on diseases of the skin. Philadelphie, 1916.
- STAFFLERY. — Rev. méd. de Rosano, 1919.
- SABRAZÈS. — OEdème aigu angio-neurotique de la face et du cou, retour offensif par hypersensibilisation locale aux variations de température, tendance à la sclérodermie. Troubles endocriniens des ovaires et de la thyroïde. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 29 juill. 1913.
— Arrêt pendant un mois et demi d'une urticaire rebelle à la suite d'une injection de 40 cc. de sérum antidiphtérique. *Gaz. hebd. des Sciences méd. de Bordeaux*, 30 mars 1930.
- SUBEN. — Ueber die ursache des quinckeschen oedemis. *Deut. med. Woch.*, 1919.
- SCHULMAN. — Traitement auto-hémothérapique de l'œdème angio-neurotique (Maladie de Quinke). Soc. méd. des hôp. de Paris, juin 1920.
- SCHUBIGER. — Une famille à œdème angio-neurotique du larynx. *Schw. med. Woch.*, 1923.
- TAPIE (Jean). — Syndrome de Quinke avec œdème consécutif du larynx due à intoxication alimentaire. Réunion médicale de la Xe armée, 10 févr. 1916; *Presse méd.*, 22 mai 1916.

TÖWK. — Cité par Krogh.

TURRETTENI. — OEdème de Quincke par sensibilisation tardive aux farineux. Soc. méd. des hôp. de Paris, 19 mai 1922.

TURNBULL. — Disturbances caused by proteins. *Bostein med. and surgical Journal*, 1920.

VAS. — Cité par Krogh.

VILLANT et BESANÇON (Justin). — Contribution à l'étude de la pression veineuse dans les œdèmes. *Journ. méd. franç.*, déc. 1927.

WALKER. — Causation of eczéma euticaria, and angio-neurotic edema by motive other those derived from food. *Journ. American Association*, 1918.

WILDER. — Quinckeschem oedem. *Gesellsch taertztli in Wien*, 1929.

WORMS et GAND. — Urticaire laryngée simulant un corps étranger des voies aériennes. Soc. de laryngol. des hôp. de Paris, nov. 1921.

